

衛生福利部全民健康保險會  
第7屆 114 年第 5 次委員會議資料

本資料未上網公開前  
請勿對外提供

中華民國 114 年 7 月 23 日



# 衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 114 年第 5 次委員會議議程

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第 4 次)委員會議紀錄 -----	1
四、本會重要業務報告 -----	21
五、報告事項	
(一)114 年度各部門總額依核(決)定事項須提會報告之預算扣減 方式規劃 -----	85
(二)各總額部門 113 年度執行成果評核結果及評核建議 -----	91
(三)114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提會報告之項目 --	92
(四)精進「急診品質提升方案」執行內容(以解決急診壅塞為目 標及增訂壅塞無法達標之處理方式)專案報告 -----	100
(五)中央健康保險署「114 年 6 月份全民健康保險業務執行報 告」(書面報告)-----	101
六、臨時動議	



三、確認上次(第4次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(114)年7月4日衛部健字第1143360098號函送委員在案，並於同日併同會議資料上網公開。

決定：

# 衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第4次委員會議紀錄 (含附錄—與會人員發言實錄)

時間：中華民國114年6月25日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華(中華民國全國工業總會陳副秘書長鴻文代理)、李委員飛鵬、周委員慶明、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委員舒博(中華民國全國商業總會劉守仁秘書長代理)、許委員慧瑩、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員相國、陳委員真慧(衛生福利部陳專門委員淑華代理)、陳委員節如(台灣社會福利總盟馬副理事長海霞代理)、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、嚴委員必文

請假委員：連委員賢明、溫委員宗諭、謝委員佳宜

列席人員：

本部社會保險司：蔣簡任視察翠蘋

中央健康保險署：石署長崇良、龐副署長一鳴、陳副署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第20~21頁)

貳、議程確認：(詳附錄第21~22頁)

決定：確認。

參、確認上次(第3次)委員會議紀錄：(詳附錄第22頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第28~36頁)

決定：

一、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計23項，其中12項達解除追蹤條件，同意解除追蹤；其餘11項繼續追蹤。

二、基於健保法第73條規定之分工權責，有關健保收入超過2億元之醫療院所財務公開情形，自明(115)年起不需提會報告，請中央健康保險署在每年度該財報公開時，副知本會即可。

三、同意中央健康保險署所請，將原訂於本次提報之「精進『急診品質提升方案』執行內容」專案報告，延至7月份委員會議(114.7.23)提報。

四、請未來參加本會辦理相關會議之與會單位，遵循本會訂定之資安作業規定(如附件一)，以確保含有資訊媒體傳送之安全。

五、餘洽悉。

## 伍、討論事項(詳附錄第37~53頁)

### 第一案

提案單位：本會第三組

案由：115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

#### 決議：

一、總額協商架構之「一、總額設定公式」及「二、醫療服務成本及人口因素之附件」暫列，將依衛生福利部交議總額範圍內容再行定案，並提報委員會議確認。

二、總額協商原則，依委員意見修訂七、其他原則(三)2.之文字(如附件二劃線處)，餘照案通過，並訂定「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件二。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：照案通過，並訂定「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件三。

## 第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE)」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，提請討論。

決議：

- 一、同意本自付差額特材案，並請中央健康保險署儘速循行政程序，報請衛生福利部核定公告實施，以維護民眾權益；另請循例在實施半年後，提出檢討改善報告。
- 二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

## 第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項第2款之附表一整體性之醫療品質資訊項目案，提請討論。

決議：照案通過，請中央健康保險署依法定程序報請主管機關核定發布。

## 陸、報告事項(詳附錄第54~68頁)

### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「鼓勵院所推動腹膜透析與提升照護品質方案」之成效檢討(含監測照護品質及健康結果與執行成效)專案報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：114年度各部門總額依核(決)定事項，須提貴會報告之具體實施規劃/計畫(第三次續提)，請鑒察。

決定：

一、本案尚有1項未完成「執行目標、預期效益之評估指標」，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體儘速辦理，提報本會最近1次委員會議。

二、餘洽悉。

## 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114年5月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時37分。

全民健康保險會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」  
相關會議資安作業規定

114.5.23

為確保含有資訊媒體傳送之安全，本會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」，訂定本項資安作業規定。為確保資訊安全，衛生福利部(下稱本部)自 113 年 11 月 1 日起，管制本部同仁辦理公務桌上型電腦與筆記型電腦(統稱個人電腦)USB 隨身碟存取功能，經本部認證之隨身碟始可用於本部重啟存取功能之個人電腦。基此，本會辦理委員會議、評核會議、總額協商會議等會議時，請與會單位、機關(構)及人員配合之作業規定如下：

- 一、因本部設有防火牆掃描、過濾電子郵件，進行資安保護，因此各機關(構)提供本會之電子文件資料，應以電子郵件送達方式辦理。
- 二、倘會議當天電子文件資料需臨時抽換、增修或提供者，請直接提供紙本資料，若需投影播放，則請於會議前一天15:00點前，以電子郵件將檔案寄送本會，以利處理資料存取及電腦投影事宜。
- 三、若會議當天仍有臨時需要使用未經認證之隨身碟者，則依「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」第四點辦理，應持該隨身碟至本部三樓東側機房，由機房值班人員協助掃毒並讀取資料。
- 四、年度總額協商會議，「部門版本」及「付費者版本」之資料提供：
  - (一)協商主會場(301 會議室)：統一由本會處理協商版本電子文件之資料存取、投影等事宜。
  - (二)內部會議會場：請外部單位自行攜帶筆記型電腦及隨身碟，進行內部試算，本會將於會議室準備投影機及列表機(含驅動程式)供投影及列印紙本資料，且為確保協商當天投影及列印功能正常，請各機關(構)於會議前一天派員攜帶筆記型電腦至本部完成測試(測試時段請洽本會)。
  - (三)協商過程中，若協商雙方之協商版本有更動，請列印紙本試算表，交由協商主會場之本會同仁，協助電腦鍵入試算表及投影。為確保試算資料正確，雙方協商版本之試算，請使用本會提供之試算表電子檔，以利統一格式及計算方式。

## 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 7 屆 114 年第 4 次委員會議(114.6.25)通過

### 壹、總額協商架構

#### 一、總額設定公式(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會 議報告)

##### ■年度部門別<sup>註1</sup> 醫療給付費用總額 =

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用<sup>註 2、註 3</sup> ×(1+年度  
醫療服務成本及人口因素成長率 + 年度協商因素成長率)] + 年  
度專款項目經費 + 年度門診透析服務費用<sup>註 4</sup>

##### 年度部門別醫療給付費用總額成長率 =

[年度部門別醫療給付費用總額 - (前一年度之部門別醫療給付  
費用總額 + 前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額 +  
前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管  
理辦法」之扣款核定金額)<sup>註 5</sup>] / (前一年度之部門別醫療給付費用  
總額 + 前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額 + 前一  
年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦  
法」之扣款核定金額)<sup>註 5</sup>

##### ■年度全民健保醫療給付費用總額 =

年度部門別<sup>註1</sup> 醫療給付費用總額之合計 + 年度其他預算<sup>註1</sup> 醫療  
給付費用

##### 年度全民健保醫療給付費用總額成長率 =

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額 - (前一年度之全民健  
保醫療給付費用總額 + 前二年度投保人口預估成長率與實際之  
差值金額 + 前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機  
構特約及管理辦法」之扣款核定金額)<sup>註 5</sup>] / (前一年度之全民健  
保醫療給付費用總額 + 前二年度投保人口預估成長率與實際之差  
值金額 + 前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構  
特約及管理辦法」之扣款核定金額)<sup>註 5</sup>

註：1. 部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2. 因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正前 2 年投  
保人口預估成長率與實際之差值金額(即 115 年總額基期須校正 113 年度總額投保人口預估成長  
率與實際之差值金額)。

- 3.依本會 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)確認之「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，114 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 115 年度總額協商之基期費用，爰於 115 年度總額協商基期費用加回 114 年度總額扣款金額。
- 4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。
- 5.依衛福部報奉行政院核定之 115 年度總額基期，係以前 1 年度(114 年)健保醫療給付費用總額，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額、加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

## 二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

$$[(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1+\text{投保人口預估成長率})] - 1$$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

## 三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新醫療科技及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

## 四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

## 五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1

季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

### (三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 = 前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用  $\times (1 + 成長率)$

年度門診透析服務費用 = 年度醫院門診透析服務費用 + 年度西醫基層門診透析服務費用

## 貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

### (一)給付項目之調整

~~健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第2屆104年第2次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。~~

### (二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

### (三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦

法)之扣款

- 1.列為協商減項，扣減前2年度(113年)違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。且於次年度(116年)總額加回該違規扣款金額，不影響次年度總額協商之基期費用。~~不納入116年度總額協商基期費用。~~
- 2.本項扣款數值，以協商時健保署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

- 1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。
- 2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

## 六、專款項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。
- (四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得

相互流用。

## 七、其他原則

- (一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。
- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
  - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
  - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，由本會向衛福部提出建議。
- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率以不超過行政院核定範圍之上限值為原則。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。
- (八)各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響總額部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。協商時，請受影響總額部門列席。

## 附件、醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

### 一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 112 年醫療費用點數為基礎，計算 113 年納保人口年齡性別結構相對於 112 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，年齡則以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

### 二、醫療服務成本指數改變率

#### (一)成本項目之權數

採行政院主計總處 110 年「工業及服務業普查」結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

#### (二)成本項目之指數

採行政院主計總處 114 年 4 月發布之「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2 「醫療保健服務業」薪資及 1/2 「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類
		國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
醫療材料費用	西醫 基層	國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
		國產內銷及進出口物價指數—藥品類之中藥製劑 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」及「其他醫療器材」；其他醫療器材，包括：注射器、點滴器(或輸液 pump)、病床、人工關節、洗腎用血液迴路導管、外科接管、血液迴路管(不含血壓計、血糖計、體溫計)。

#### (三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 110 年指數為基值(訂為 100)，計算 113 年 1 月至 12 月相對 112 年 1 月至 12 月各指數年增率。

### 三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率，即以 113 年對 112 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

## 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 7 屆 114 年第 4 次委員會議(114.6.25)通過

### 壹、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p><b>一、協商前置作業</b></p> <p>(一)討論 <u>115</u> 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 <u>113</u> 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)<u>115</u> 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策目標。</li> <li>2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</li> <li>3.提供協商參考資料「<u>114</u> 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。</li> <li>4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。</li> <li>(2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</li> </ol> </li> <li>5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。</li> </ol> <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <p>1.召開 <u>115</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會：</p> <p>(1)請各總額部門及健保署報告所提出之「<u>115</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之具體內容(依協商草案最終版本應提報內容，如附表 1)，重點如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①問題分析及需求評估。</li> <li>②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。</li> <li>③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果為導向，呈現資源投入之具體效益，若能提出分年目標值尤佳)。延續性項目則須持續檢討。</li> <li>④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。</li> </ul>	<p><u>第 4 次委員會議(114 年 6 月 25 日)</u> <u>114 年 7 月 14、15 日</u></p> <p><u>114 年第 5 次或第 6 次委員會議(114 年 7 月 23 日或 8 月 20 日，俟衛福部交議時間而訂。)</u> <u>114 年第 6 次委員會議(114 年 8 月 20 日)</u> <u>114 年 7~8 月</u></p> <p><u>114 年 8 月</u></p> <p><u>114 年 8 月 20 日下午</u> <u>(114 年第 6 次委員會議結束後)</u></p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請各總額部門及健保署依自行檢核表(如附表 2)，逐項檢視提報資料是否齊全，填具後併會前會資料送本會。</p> <p>(3)請幕僚檢視提報資料之完整性，並彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.各總額部門及健保署提送「<u>115</u>年度總額協商因素項目及計畫草案」之最終版本：</p> <p>(1)應提報內容及格式如附表 1，並檢附自行檢核表(如附表 2)併送，確保資料內容齊全，以利協商。</p> <p>(2)請如期提送協商草案之最終版本，送會後不可臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.視需要辦理 <u>115</u>年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<u>114</u> 年 8~9 月 <u>114</u> 年 8 月 27 日上午 <u>114</u> 年 8 月 28 日前 視協商資料及討論需求評估是否辦理
<p><b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b></p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p>	<u>114</u> 年第 5 次委員會議( <u>114</u> 年 7 月 23 日)抽籤 <sup>註</sup> ，於 <u>第 6</u> 次委員會議( <u>114</u> 年 8 月 20 日)提報排定議程
<p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p>	<u>114</u> 年 9 月 24 日全天；若有未盡事宜，於 <u>9</u> 月 <u>25</u> 日上午 9 時 30 分繼續處理
<p>2.協商結論提 9 月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p>	<u>114</u> 年第 7 次委員會議( <u>114</u> 年 9 月 26 日上午 9 時 30 分開始，委員可視需要採視訊方式與會)
<p>3.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之確認：</p> <p>(1)達成共識部門：健保署會同總額部門研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，將研修後之結果，提報 10 月份委員會議確認。</p> <p>(2)未達共識部門：請衛福部就政策目標要求，逕予核定。</p>	<u>114</u> 年第 8 次委員會議( <u>114</u> 年 10 月 22 日)
<p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於 9 月份總額協商完成後，2 週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。</p> <p>2.倘部門未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，並完成協定。</p>	<u>114</u> 年 10 月 7 日前 <u>114</u> 年第 9 次委員會議( <u>114</u> 年 11 月 19 日)
<p>(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	<u>114</u> 年 11~12 月

工作項目及內容	預訂時程
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b> (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	<u>114</u> 年 10 月~ <u>115</u> 年 12 月

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

## 貳、協商會議

### 一、會議時間：

- (一)預備會議：114 年 9 月 24 日(星期三)上午 9 時至 9 時 30 分。  
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- (二)協商會議：114 年 9 月 24 日(星期三)上午 9 時 30 分起，全天。
- (三)若有協商未盡事宜，則於 114 年 9 月 25 日(星期四)上午 9 時 30 分至 12 時 30 分討論。

### 二、與會人員：

- (一)付費方：付費者代表委員。
- (二)醫界方：
  - 1.保險醫事服務提供者代表委員。
  - 2.牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表委員 1 名主談，各部門並可推派 9 名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
  - 3.護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
  - 4.門診透析服務：由西醫基層及醫院部門各推派 4 名代表會談，並邀請台灣腎臟醫學會推派 1 名代表列席說明。
- (三)專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- (四)社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

### 三、進行方式：

- (一)分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。
- (二)各部門之協商順序，於 7 月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

### (三)各協商場次預計分配所需時間如下表：

各協商場次	第一階段 <sup>#1</sup> 提問與意見交換	第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商	合計 (最長時間含各自召開內部會議時間)
		付費方	醫界方		
醫院	30分鐘	30分鐘	30分鐘	60分鐘	90~150分鐘
門診透析 <sup>#2</sup>	10分鐘	10分鐘	10分鐘	20分鐘	30~50分鐘
西醫基層	25分鐘	20分鐘	20分鐘	50分鐘	75~115分鐘
牙醫	20分鐘	20分鐘	20分鐘	40分鐘	60~100分鐘
中醫	20分鐘	20分鐘	20分鐘	40分鐘	60~100分鐘
其他預算	20分鐘	20分鐘		35分鐘	55~75分鐘

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以 5 分鐘為限。

2.門診透析之協商場次，援例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。

### (四)相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

場次		四部門總額及門診透析服務費用協商	其他預算協商
協商階段			
第一階段	提問與意見交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問  所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	健保署： 說明協商草案與回應提問
第二階段	視雙方需要自行召開內部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
第三階段	部門之預算協商	由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)  若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	由「付費方」與「健保署」討論

(五)依衛福部資安規定，協商過程請各部門、健保署及本會委員配合本會訂定之「全民健康保險會遵循『衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施』相關會議資安作業原則」(如附件)辦理。

(六)若總額部門與付費者代表委員順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

1.付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

2.總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表委員召集內部會議協調醫界方案。

3.總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員各自提出一個建議方案。

(七)各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

(八)各部門總額年度預算之協商終止點，訂為9月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。

(九)為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

## 參、委員會議

一、時間：114年9月26日(星期五)上午9時30分。委員可視需要採視訊方式與會。

二、確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。

三、依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

**附表 1、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)應提供之內容及格式**

項目類別	○○部門(其他預算)草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.問題分析及需求評估</li> <li>2.醫療服務內容及說明</li> <li>3.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>4.執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面呈現資源投入之具體效益)</li> <li>5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)</li> <li>6.請檢附上開1~4項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參</li> </ol>	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見</li> <li>2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議</li> <li>3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議</li> <li>4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議</li> </ol> <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案：</p> <p>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.□是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容</li> <li>2.提供評核委員及會前會專家學者意見</li> <li>3.彙整相關統計數據與總額協商相關規範</li> <li>4.提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字</li> </ol>
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估)</li> <li>2.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃</li> <li>4.延續性項目則須持續檢討「執行目標」及「預期效益之評估指標」</li> <li>5.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參</li> </ol>		

附表 2、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)自行檢核表

類別	是否符合 115 年度總 政策 交付 項目	協商草案應提供內容之檢核(資料完整請打「V」)						
		所有協商項目須填寫				延續項 目填寫	專款新 增項 目填寫	
檢核項目		問題分 析及需 求評估	醫 療 服 務 內 容 及 說 明	費 用 估 算 基 礎 及 淨 增 加 之 費 用	提 出 (檢 討)執 行 目 標 及 預 期 效 益 之 評 估 指 標	過 去 執 行 成 效 效 檢 討 改 善 之 規 劃	預 估 試 辦 檢 討 期 限	
協商項目		【A】	【B】	【C】	【D】	【E】	【F】	【G】
一般服務								
新增	項目名稱							
延續	項目名稱							
專款項目								
新增	項目名稱							
延續	項目名稱							

註：1.延續項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

- (1)自 108 年度總額起，新增項目核(決)定事項訂有執行目標及評估指標者，若該項目延續則應持續檢討執行目標及評估指標。
- (2)107 年度總額(含)以前，協商項目未訂執行目標及評估指標，若有項目延續且預算有大幅增加(如 $\geq 20\%$ )者，請檢討執行情形並建議提出執行目標及評估指標，以利協商。
- (3)另「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」係被動依病人需求或藥物引進情形支用，故不需提出檢討執行目標及評估指標。

2.延續項目依協商屬性，以下項目不須填報：

- (1)四部門總額：一般服務「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、專款項目「品質保證保留款」。
- (2)醫院專款項目：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
- (3)西醫基層專款項目：「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
- (4)其他預算專款項目：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」。

3.【B】~【E】須檢附相關實證資料。

4.若各部門總額新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案，應由健保署填具檢核表送會。

## 全民健康保險會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」 相關會議資安作業規定

114.5.23

為確保含有資訊媒體傳送之安全，本會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」，訂定本項資安作業規定。為確保資訊安全，衛生福利部(下稱本部)自 113 年 11 月 1 日起，管制本部同仁辦理公務桌上型電腦與筆記型電腦(統稱個人電腦)USB 隨身碟存取功能，經本部認證之隨身碟始可用於本部重啟存取功能之個人電腦。基此，本會辦理委員會議、評核會議、總額協商會議等會議時，請與會單位、機關(構)及人員配合之作業規定如下：

- 一、因本部設有防火牆掃描、過濾電子郵件，進行資安保護，因此各機關(構)提供本會之電子文件資料，應以電子郵件送達方式辦理。
- 二、倘會議當天電子文件資料需臨時抽換、增修或提供者，請直接提供紙本資料，若需投影播放，則請於會議前一天15:00點前，以電子郵件將檔案寄送本會，以利處理資料存取及電腦投影事宜。
- 三、若會議當天仍有臨時需要使用未經認證之隨身碟者，則依「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」第四點辦理，應持該隨身碟至本部三樓東側機房，由機房值班人員協助掃毒並讀取資料。

### 四、年度總額協商會議，「部門版本」及「付費者版本」之資料提供：

- (一)協商主會場(301 會議室)：統一由本會處理協商版本電子文件之資料存取、投影等事宜。
- (二)內部會議會場：請外部單位自行攜帶筆記型電腦及隨身碟，進行內部試算，本會將於會議室準備投影機及列表機(含驅動程式)供投影及列印紙本資料，且為確保協商當天投影及列印功能正常，請各機關(構)於會議前一天派員攜帶筆記型電腦至本部完成測試(測試時段請洽本會)。
- (三)協商過程中，若協商雙方之協商版本有更動，請列印紙本試算表，交由協商主會場之本會同仁，協助電腦鍵入試算表及投影。為確保試算資料正確，雙方協商版本之試算，請使用本會提供之試算表電子檔，以利統一格式及計算方式。

#### 四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第4次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依討論事項第二案決議，辦理相關作業：

1.於本(114)年7月2日函送115年度全民健康保險醫療給付費用總額(下稱115年度總額)協商程序，並請各總額部門承辦團體及中央健康保險署(下稱健保署)依預定期程及早規劃115年度總額協商內容，同時隨函摘錄衛生福利部(下稱衛福部)函報行政院核定115年度總額範圍草案之健保政策規劃目標，供其作為總額協商擬案參考(如附錄一，第105~107頁)。提送資料之重要時程如下：

(1)於本年8月12日前提送「115年度總額協商因素項目及計畫草案」(下稱協商草案)，含各協商項目或計畫之具體內容。

(2)於本年8月28日前提送協商草案之最終版本。提送上開資料須填具自行檢核表，確認資料之完整性，以利協商。

2.本會將俟衛福部交議115年度總額範圍案後，儘速轉知各總額部門承辦團體、健保署及本會委員，並提報最近一次委員會議，同時邀請衛福部派員蒞會說明，以利本會委員了解行政院對總額範圍核定情形及政策目標。

(二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計2項，依辦理情形，建議繼續追蹤2項，如附表一(第27頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議擬解除追蹤1項，如附表二(第28頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、依照115年度總額協商程序，為利本年9月總額協商會議之議程安排，本次會議將請四總額部門委員代表進行協商順序之抽籤作業，後續依抽籤結果據以排定協商議程。其中門診透析協商場次，依115年度總額協商程序規定安排於醫院或西醫基層

抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。

四、本會業於本年7月14、15日完成各總額部門113年度執行成果發表暨評核會議，評核結果提報本次會議報告事項第二案。另為利評核作業，本會同仁彙整健保署及四總額部門提供資料，編製「全民健康保險各總額部門113年度執行成果評核指標摘要」，併提供委員年度總額協商參考，敬請委員參閱。

五、依114年度工作計畫及本會本年第3次委員會議(114.5.21)決定事項，原安排健保署於本次會議提報「擴大辦理並持續精進『急性後期整合照護計畫』之照護模式及評估指標(報告事項第三案之項目4，如第93頁)，朝強化社區型服務模式方向規劃」，惟該署於本年6月25日函提「為完善規劃『社區型急性後期整合照護服務模式』，刻正廣泛蒐集意見暨邀集專家研商，懇請同意延後報告時程」(如附錄二，第108頁)。考量健保署已積極處理中，擬請同意本報告案延後提報，並請該署儘速完成規劃提報本會。

六、有關114年度各部門總額核(決)定事項定期追蹤辦理情形：

(一)依本會114年第1次委員會議(114.3.26)決定，健保署應於本年7月前提報各部門總額核(決)定事項辦理情形，該署於7月15日提出相關資料，如附件(第31~81頁)。

(二)本會整理114年度總額核(決)定事項辦理情形如下表：

部門別 類別	依相關程序辦理，並 副知本會項目 (46項目)		需提本會報告或討 論項目 (26項目)		提報本會執行情形 (114年初步結果) (80項目)	
	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別
牙醫門診	0/9	—	0/3	—	2/7	項次17(2)、18
中醫門診	0/9	—	0/4	—	4/11	項次14(3)、20、 22(1)、23
醫院	2/12	項次2、5	0/7	—	7/27	項次24、25、27、 31、32、40、41
西醫基層	1/9	項次6	1/7	項次15	5/24	項次20、21、22、 32、40
門診透析	0/1	—	0/2	—	0/1	—

類別 部門別	依相關程序辦理，並副知本會項目 (46 項目)		需提本會報告或討論項目 (26 項目)		提報本會執行情形 (114 年初步結果) (80 項目)	
	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別
其他預算	4/6	項次 1(2、3)、 2(1)、3(3)、 5(2)	1/3	項次 7	3/10	項次 11(2、3)、 12(3)、14(3)
合計 (占率)	7/46 (15.2%)	7	2/26 (7.7%)	2	21/80 (26.3%)	21

(三)依114年度總額協商原則，114年度執行成效將納入115年度總額協商考量。依健保署提報之辦理情形，尚有24個協商項目尚待依時程完成(彙整如附表三，第29~30頁)，爰請健保署儘速辦理，以利總額協商。

## 七、有關「114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」(下稱改善方案)：

(一)衛福部於本年6月20日核定健保署所報改善方案(如附錄三，第109~114頁)，衛福部基於該署業依本會114年第1次委員會議(114.3.26)決議參考委員意見及參酌過去執行情形修正，爰同意照辦。

(二)整理核定方案與前開委員會議討論內容之差異如下：

1.參考委員意見，將原擬放寬管控項目 4「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」及管控項目 5「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」之目標值，恢復為同 113 年度目標值。

2.參酌過去執行情形，將管控項目 10「全藥類藥品重複用藥日數下降率」目標值修正為 $\geq 8\%$ (原目標值為 $\geq 1\%$ )、管控項目 11「門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」目標值修正為 $\geq 4\%$ (原目標值為 $\geq 1\%$ )。

(三)另核定函說明三述明「各年度改善方案之提報，請健保署斟酌規劃時程，俾按健保會排定時程辦理，並於年度開始即得據以

執行」乙節，依114年度工作計畫本會訂於第10次委員會議(114.12.24)討論115年度改善方案(草案)，請健保署參辦。

八、本會完成編製全民健康保險會113年版年報及歷年年報電子書櫃：

(一)依全民健康保險法施行細則第4條規定，本會應每年編具年終業務報告，並對外公開。本會113年版年報已完成編製，隨本次會議資料寄送委員在案，惠請指正，同時寄送委員推薦單位收藏參考。

(二)為利完整呈現歷年工作成果，110年起於本會網站建置年報電子書櫃，收錄102年起歷年年報之電子書(路徑：本部全球資訊網>本部各單位及所屬機關>全民健康保險會>公告及重要工作成果>年終業務報告，網址：<https://gov.tw/DJr>)，供外界參閱。

九、衛福部及健保署於本年6月至7月份發布及副知本會之相關資訊摘要如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年7月17日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年7月7日公告修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表一，如附錄四(第115頁)。本次修訂重點如下：

- (1)「同/跨院所同藥理用藥日數重疊率」等16項指標：增列排除條件文字「排除R003之案件」。
- (2)修訂「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」之操作型定義。

2.本年7月9日公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」附表一及附表三，如附錄五(第116頁)。本次修訂重點如下：

- (1)統一指標參考值文字，「用藥日數重疊率」參考值刪除「上限」2字。
- (2)配合ICD-10-CM/PCS轉版，修訂相關指標代碼。
- (3)修訂「糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白

(glycated albumin)執行率」之分母操作型定義。

## (二)健保署

1.公告總額相關計畫如附錄六(第 117~119 頁),修訂重點如下表:

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
114.7.1/ 114.1.1	114 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 特殊醫療 服務計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.配合 114 年牙醫醫療資源不足地區改善方案修訂「巡迴點」符合牙醫特殊計畫規定申請通過後可執行相關業務，修訂本計畫相關條文。</p> <p>2.執行本項計畫之巡迴點、社區醫療站，新增應備有「可正常操作且堪用的固定式診療椅」設備需求。</p>
114.7.4/ 114.7.4	健全區域 級(含)以 上醫院門 住診結構， 優化重症 照護量能 及持續推 動分級醫 療，優化社 區醫院醫 療服務品 質及量能	本次主要係配合「急診觀察床護理費」支付點數調升(114.5.1 生效)，修訂相關項目之現行支付點數及調整後點數，其補付之差額額度未調整。
114.7.9/ 114.7.1	114 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 醫療資源 不足地區 改善方案	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.執行內容及方式：增修巡迴計畫之巡迴點 / 社區醫療站提供牙醫特殊計畫之身心障礙者牙醫醫療服務之設備需求，應備有「可正常操作且堪用的固定式診療椅」。</p> <p>2.醫療費用支付原則、申報及審查：</p> <p>(1)調升「執業計畫之牙醫巡迴醫療服務」及「巡迴計畫」一級地區之論次支付點數，平日每小時點數由 1,800 點調升為 2,100 點、假日由 2,100 點調升為 2,400 點。</p> <p>(2)申報矯正機關醫療服務計畫案件者，因應該計畫修訂，新增特定治療項目「JV (機關內通訊診療)」。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		(3)114 年開放巡迴計畫之「巡迴點醫療服務」可提供符合「牙醫特殊醫療服務計畫」之特定身心障礙者牙醫醫療服務，增訂「巡迴點醫療服務」申報規定。

2.本年 6 月 26 日公告修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議作業要點」，如附錄七(第 120 頁)，本次修訂重點如下：

- (1)保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別「邀請代表出席」，改為「邀請不具民意代表身分之代表出席」。
- (2)新增「本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限」之規定。

3.本年 6 月 11 日公告 114 年「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 6 項中醫門診總額照護計畫(含子計畫)，自本年 6 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄八(第 121 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)統計如附錄九(第 122 頁)。

決定：

附表一

## 上次(第4次)委員會議繼續列管追蹤事項

擬繼續追蹤(共2項)

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	討論事項第3案： 特殊材料「特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE)」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案。	同意本自付差額特材案，並請中央健康保險署儘速循行政程序，報請衛生福利部核定公告實施，以維護民眾權益；另請循例在實施半年後，提出檢討改善報告。	於114年7月2日請辦健保署。	健保署回復：遵示辦理，預計114年10月公告生效，115年3月提出檢討報告。	1.繼續追蹤 2.於健保署提出檢討改善報告後解除追蹤。	115年3月
2	討論事項第4案： 修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項第2款之附表一整體性之醫療品質資訊項目案。	照案通過，請中央健康保險署依法定程序報請主管機關核定發布。	於114年7月2日請辦健保署。	健保署回復：本案將依法定程序辦理預告後報主管機關核定發布。	1.繼續追蹤 2.於衛福部核定發布後解除追蹤。	114年12月

附表二

## 歷次委員會議繼續列管追蹤事項

達解除追蹤條件(共 1 項)

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
1	114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，請中央健康保險署參考委員所提意見，研修 114 年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。(114.3 決議)	健保署回復： <u>114 年 6 月 20 日衛福部核定，6 月 30 日轉知本署各單位辦理相關事宜。</u>	解除追蹤 (衛福部已核定，爰建議解除追蹤)

附表三

**114年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目**

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)	依相關程序辦理，並副知本會(114年3月前)	需經本會同意、確認或向本會報告(114年7月前)	提報114年執行情形/執行結果納入總額協商參考(114年7月前)
<b>牙醫門診總額</b>			
1 高風險疾病口腔照護計畫			項次17(2)
2 特定疾病病人牙科就醫安全計畫			項次18
<b>中醫門診總額</b>			
1 提升用藥品質			項次14(3)
2 中醫提升孕產照護品質計畫			項次20
3 中醫急症處置			項次22(1)
4 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫			項次23
<b>醫院總額</b>			
1 急診品質提升方案	項次2		
2 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	項次5		項次41
3 因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引 -UPCR 修訂為 UACR(每件增加 235 點)所增加預算(114 年新增項目)			項次24
4 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用(114 年新增項目)			項次25
5 配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變(114 年新增項目)			項次27
6 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材			項次31
7 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費			項次32
8 精神科長效針劑藥費			項次40

部門別 / 未完成項目  (應完成期限)		依相關程序辦理，並副知本會(114年3月前)	需經本會同意、確認或向本會報告(114年7月前)	提報114年執行情形/執行結果納入總額協商參考(114年7月前)
<b>西醫基層總額</b>				
1	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	項次6		
2	強化基層照護能力及「開放表別」項目		項次15	項次32
3	因應預防保健政策改變產生之服務密集度 (114年新增項目)			項次20
4	代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用(114年新增項目)			項次21
5	CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測 (114年新增項目)			項次22
6	精神科長效針劑藥費			項次40
<b>其他預算</b>				
1	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	項次1(2、3)		項次11(2、3)
2	居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務 ※於協商115年度總額前收集及分析「在宅急症照護試辦計畫」替代醫院住院費用情形，供115年度總額協商參考★	項次2(1)		項次12(3)
3	推動促進醫療體系整合計畫	項次3(3)	項次7	項次14(3)
4	腎臟病照護及病人衛教計畫	項次5(2)		

註：1.各部門總額未依時程完成之工作項目，詳委員會議資料第31~81頁「114年度各部門總額核(決)定事項辦理情形」之各該項次內容。

2.註記★之項目，請健保署於協商115年度總額前，提出「在宅急症照護試辦計畫」替代醫院住院費用情形，以利總額協商。

## 114年度各部門總額核(決)定事項辦理情形

### 114 年度各部門總額應於 114 年 7 月前完成之協定事項辦理情形

#### 一、牙醫門診總額

工作項目		應完成 時限	辦理情形
<b>依相關程序辦理，並副知本會</b>			
1 醫療資源不足地區改善方案		114 年 3 月前	已於 114.1.22 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。
2 牙醫特殊醫療服務計畫			已於 114.2.19、114.3.27 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份、4 月份委員會議。
3 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫			已於 114.2.19 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。
4 超音波根管沖洗計畫			延續執行 112.3.1 生效之「超音波根管沖洗(P7303C)」診療項目。
5 高風險疾病口腔照護計畫			已於 113.12.31 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。
6 特定疾病病人牙科就醫安全計畫			已於 114.2.19 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。
7 非齒源性口腔疼痛處置 (114 年新增項目)			已於 114.4.22 公告，支付標準項目新增「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800 點)」及「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000 點)」。
8 品質保證保留款實施方案			已於 113.12.31 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。
9 特定用途移撥款執行方式	114 年 3 月 前送本會 備查		已於 113.12.13 函報本會備查，並提報 114 年 3 月份委員會議。
<b>需提本會報告或討論<sup>註</sup></b>			
10 牙醫特殊醫療服務計畫  ※協定事項：依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請議定後，	114 年 7 月委員會 議報告案		1. 依據全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 114 年第 1 次研商議事會議決議，延續 113 年計算方式，114 年本計畫與一般服務重複部分之扣減方式如下：「114

工作項目	應完成 時限	辦理情形
於 114 年 7 月提本會報告		<p>年申報牙特計畫醫療團服務其他具身心障礙證明者(特定治療項目代號 LT)，曾於 113 年一般服務申報之醫療費用(案件分類 19)點數」。</p> <p>2. 已列入本次會議報告事項。</p>
<b>11 非齒源性口腔疼痛處置 (114 年新增項目)</b> ※協定事項：訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報本會	114 年 3 月 委員會議 報告案	已提 114 年 3 月份委員會議報告，另於 6 月份委員會議補充報告「適應症之條件」。
<b>12 一般服務之點值保障項目</b>	114 年 3 月 委員會議 討論案	已提 114 年 3 月份委員會議討論通過。

#### 提報本會執行情形(114 年初步結果/成果)<sup>註</sup>

<b>13 醫療資源不足地區改善方案</b> ※協定事項：請檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略	114 年 7 月前	<p>114 年編列 323.8 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>執業計畫：公告施行地區共 84 個，114 年 1-4 月參與計畫院所數共 17 家，服務天數 1,183 天、服務約 1.1 萬人次。</li> <li>巡迴計畫：公告施行地區共 157 個，114 年 1-4 月服務天數 3,952 天、服務約 4.7 萬人次。</li> <li>114 年方案修訂提高執業計畫及巡迴醫療誘因，執業計畫每月保障額度，依不同地區分級，由 22~30 萬點調升至 30~41 萬點；另 114.5.27 牙醫門診總額研商議事會議已通過調升巡迴醫療一級地區平日及假日論次支付點數，從每小時 1,800、2,100 點調升至</li> </ol>
---	---------------	--

工作項目	應完成 時限	辦理情形
		2,100、2,400 點(預計 114 年 7 月公告生效)，鼓勵牙醫師投入醫療資源不足地區開業及提供巡迴醫療服務。
14 牙醫特殊醫療服務計畫 ※協定事項：持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性	114 年 7 月前	114 年編列 805.9 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月牙醫特殊醫療服務計畫申報人數為 1,906 人、件數為 68,256 件、申報 261.85 百萬點。
15 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 ※協定事項：加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效		114 年編列 171.5 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫申報人數為 73,248 人、件數為 76,048 件、申報 46.53 百萬點。
16 超音波根管沖洗計畫 ※協定事項：加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效		114 年編列 144.8 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月超音波根管沖洗計畫申報人數為 188,352 人、件數為 261,668 件、申報 34.64 百萬點。
17 高風險疾病口腔照護計畫 ※協定事項： (1)加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數 (2)於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革		114 年編列 2,800 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月高風險疾病口腔照護計畫申報人數為 985,338 人、件數為 1,166,785 件、申報 1,333.15 百萬點。 【本會補充說明：依協定事項，提報內容請包含增加照護人數作法、評估其完整照護率及照護成效、研議支付制度改革等事項】

工作項目	應完成時限	辦理情形
18 特定疾病病人牙科就醫安全計畫  ※協定事項：訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114 年 7 月前提報本會	114 年 7 月前	<p>114 年編列 307.1 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下：</p> <p>114 年 1-4 月特定疾病病人牙科就醫安全計畫申報人數為 556,699 人、件數為 946,887 件、申報 94.79 百萬點。</p> <p><b>【本會補充說明：依協定事項，提報內容請訂定「預期效益之評估指標」之監測值】</b></p>
19 非齒源性口腔疼痛處置 (114 年新增項目)		<p>114 年編列 14.4 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>支付標準項目新增「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800 點)」及「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000 點)」，業於 114 年 3 月份委員會議提報，並經衛福部 114.4.22 衛部保字第 1141260181 號令公告自 114.5.1 生效。</li> <li>非齒源性口腔疼痛處置項目之適應症，業納入本署 114.4.22 健保審字第 1140670703 號令公告之全民健康保險醫療費用審查注意事項，並自 114.6.1 生效。</li> <li>114 年 5 月非齒源性口腔疼痛處置申報人數為 92 人、件數為 109 件、申報 18.26 萬點。</li> </ol>

註：114 年執行情形於本會 114 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 114 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 113 年執行情形)。

## 二、中醫門診總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 醫療資源不足地區改善方案	114 年 3 月前	已於 114.1.6 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。
2 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病；(2)顱腦損傷； (3)脊髓損傷；(4)呼吸困難相關疾病；(5)術後疼痛		已於 114.2.11 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。
3 中醫提升孕產照護品質計畫		已於 114.2.11、114.4.22 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份、5 月份委員會議。
4 中醫癌症患者加強照護整合方案		已於 114.2.11 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。
5 中醫急症處置		已於 114.2.11 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。
6 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫		已於 114.2.11、114.4.22 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份、5 月份委員會議。
7 照護機構中醫醫療照護方案		已於 114.1.23 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。
8 品質保證保留款實施方案		已於 113.12.17 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。
9 風險調整移撥款執行方式	114 年 3 月 前送本會 備查	已於 113.12.6 函報本會備查，並提報 114 年 3 月份委員會議。
需提本會報告或討論 <sup>註</sup>		
10 提升用藥品質 ※協定事項：應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報本會	114 年 3 月 委員會議 報告案	已提 114 年 3 月份委員會議報告，另於 6 月份委員會議補充報告「提升中藥用藥品質管理相關策略」。

工作項目		應完成時限	辦理情形
11	中醫急症處置 ※協定事項： (1)持續檢討計畫執行情形及成效，於 114 年 7 月前提本會報告 (2)本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場	114 年 7 月 委員會議 報告案	1.114 年 1-4 月中醫急症處置計畫申報人數為 1,400 人、件數為 1,510 件、申報 5 百萬點，相較於 113 年同期，分別增加 177%、133%、187%。 2.已列入本次會議報告事項。
12	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 ※協定事項：依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請議定後，於 114 年 7 月提本會報告	114 年 7 月 委員會議 報告案	1.依據全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114 年第 2 次研商會議事會議決議辦理。 2.扣減方式規劃以「僅提供第二期以上慢性腎臟病病人之中醫一般服務院所平均中醫一般服務醫療費用」及「提供第二期以上慢性腎臟病病人中醫慢性腎臟病計畫及中醫一般服務之院所中，同時使用前開兩項服務者平均中醫一般服務醫療費用」之差額，並以同時使用兩項服務之病人數，計算中醫慢性腎臟病計畫於一般服務重複部分之費用。 3.惟中全會建議因該項專款執行率超過 100%(113 年預算 105.3 百萬元，實際申報 121.3 百萬點)，故與一般服務重複部分建議不予扣減。 4.已列入本次會議報告事項。
13	一般服務之點值保障項目	114 年 3 月 委員會議 討論案	已提 114 年 3 月份委員會議討論通過。
提報本會執行情形(114 年初步結果/成果) <sup>註</sup>			
14	提升用藥品質 ※協定事項： (1)應增加健保中藥給付品項、	114 年 7 月前	114 年編列 347 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 1.本署業與中醫門診總額相關團體

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>14 繼 提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形 (2)於額度內妥為管理運用，並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理 (3)研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性</p>	114 年 7 月前	<p>共同擬訂「中藥用藥安全管理策略」並提至 114 年 6 月份委員會議報告。</p> <p>2. 依據全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 11 條規定，可建議納入全民健康保險給付之中藥藥品：</p> <p>(1) 取得主管機關核發藥品許可證之新藥。</p> <p>(2) 主管機關核准經由藥品優良製造規範(GMP)中藥廠製造之「調劑專用」及「須由醫師(中醫師)處方使用」之濃縮中藥為限，但屬調劑或調配專用之非濃縮中藥，經藥物擬訂會議同意者，不在此限。</p> <p>2. 前於 108 年 4 月 17 日科學中藥納入「全民健保藥物給付項目及支付標準」核實申報之可行性會議決議，建議維持目前日劑藥費之制度，惟若要推動核實申報，可先從醫療機構申報格式能夠一致，例如頻次、數量等，以利將來能夠進行統計分析，再評估本案的可行性。後續研擬函請中華民國中醫師公會全國聯合會、臺灣製藥工業同業公會及台灣中藥工業同業公會針對個別品項核價之可行性及執行方式案提供意見。</p>
15 中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分(114 年新增項目)		<p>114 年編列 160 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下：</p> <p>1. 醫療資源不足地區改善方案自 100 年移撥 65.6 百萬點至一般服</p>

工作項目		應完成時限	辦理情形
15 續		114 年 7 月前	務費用，依歷年一般服務成長率推估 114 年約 106.2 百萬點。 2.以 114 年 1-4 月申報 83 百萬點，推估全年約 249 百萬點，扣除前述於一般服務基期費用約 143 百萬點。
16	「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114 年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減(114 年新增項目)		截至 114 年 4 月辦理情形如下： 「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款 114 年新增之三項癌症與一般服務重複已於 114 年度中醫門診醫療給付費用總額中扣除。
17	「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移列一般服務(114 年新增項目)		114 年編列 86 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 120 家院所支援 184 家照護機構，提供 4,107 位住民共計 36,373 件中醫醫療服務，申報醫療費用 31.5 百萬點。
18	醫療資源不足地區改善方案 ※協定事項：請加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務		114 年編列 183 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 1.巡迴醫療計畫：公告施行地區共 157 個，114 年 1-4 月服務 4,710 天、服務 101,958 人次。 2.獎勵開業計畫：公告施行地區共 82 個，114 年 1-4 月服務 562 天、服務 6,511 人次。 3.114 年方案修訂放寬巡迴醫療相關規定，如一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區施行巡迴計畫原以兩個為限，修改為以兩個為原則(如有特殊情況需新增第三個巡迴醫療服務計畫得專案核定)；並刪除原有巡迴服務量控管每位中醫師每月巡迴看診次平均門診量 70 人次上限之規定，鼓勵醫師至醫

工作項目	應完成 時限	辦理情形
		療資源不足地區提供巡迴醫療服務。
19 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病；(2)顱腦損傷； (3)脊髓損傷；(4)呼吸困難相關疾病；(5)術後疼痛	114 年 7 月前	114 年編列 465.9 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫申報人數為 9,626 人、件數為 12.75 萬件、申報 143.45 百萬點。
20 中醫提升孕產照護品質計畫 ※協定事項：請持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率		114 年編列 82 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月中醫提升孕產照護品質計畫申報人數為 3,713 人、件數為 2.19 萬件、申報 23.79 百萬點。 【本會補充說明：依協定事項，請評估成效，對於成效良好項目提出導入一般服務之規劃；對成效待提升項目研提改善策略】
21 中醫癌症患者加強照護整合方案 ※協定事項：「癌症患者中醫門診加強照護計畫」擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌		114 年編列 352.3 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月中醫癌症患者加強照護整合方案申報人數為 1.22 萬人、件數為 8.25 萬件、申報 123 百萬點。
22 中醫急症處置 ※協定事項： (1)持續檢討計畫執行情形及成效 (2)本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場		114 年編列 10 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月中醫急症處置計畫申報人數為 1,400 人、件數為 1,510 件、申報 5 百萬點。 【本會補充說明：依協定事項，請評估計畫具體成效】
23 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 ※協定事項：持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模		114 年編列 152.4 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月中醫癌症患者加強照護整合方案申報人數為 6,775 人、

工作項目	應完成 時限	辦理情形												
式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準		<p>件數為 3.2 萬件、申報 50.79 百萬點。</p> <p>【本會補充說明：依協定事項，請檢討費用申報之合理性，評估計畫成效、建立合理給付標準】</p>												
<p>24 照護機構中醫醫療照護方案            ※協定事項：請檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度</p>	<p>114 年 7 月前</p>	<p>114 年編列 8 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>參加本方案院所計提供照護機構住民 2,429 診次中醫照護服務，論次支付 2.4 百萬點。</li> <li>本方案係為提升因失能或就醫不便住民之中醫醫療照護可近性，相較方案未實施前(108 年)照護機構住民外出中醫就醫件數逐年下降，且照護機構住民外出中醫就醫比率亦呈現下降趨勢(如下表)，尚符本方案推動意旨。本署將持續檢討本方案，鼓勵中醫師至照護機構提供住民適切之中醫醫療服務，並提升服務品質。</li> </ol> <table border="1" data-bbox="878 1320 1433 1484"> <thead> <tr> <th data-bbox="878 1320 1060 1372">年度</th><th data-bbox="1060 1320 1203 1372">111</th><th data-bbox="1203 1320 1346 1372">112</th><th data-bbox="1346 1320 1433 1372">113</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="878 1372 1060 1423">減少件數</td><td data-bbox="1060 1372 1203 1423">2,111</td><td data-bbox="1203 1372 1346 1423">5,524</td><td data-bbox="1346 1372 1433 1423">8,747</td></tr> <tr> <td data-bbox="878 1423 1060 1475">外出就醫率(%)</td><td data-bbox="1060 1423 1203 1475">21.64</td><td data-bbox="1203 1423 1346 1475">14.12</td><td data-bbox="1346 1423 1433 1475">11.99</td></tr> </tbody> </table> <p>註：</p> <p>(1)減少件數指相較108年照護機構住民外出中醫就醫減少件數。</p> <p>(2)照護機構住民外出中醫就醫比率=(參加方案者且外出接受中醫服務之人數/照護機構參加方案人數)*100%。</p>	年度	111	112	113	減少件數	2,111	5,524	8,747	外出就醫率(%)	21.64	14.12	11.99
年度	111	112	113											
減少件數	2,111	5,524	8,747											
外出就醫率(%)	21.64	14.12	11.99											

註：114 年執行情形於本會 114 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 114 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 113 年執行情形)。

### 三、醫院總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 醫療給付改善方案            ※決定事項：持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案</p>	114年3月前	<ol style="list-style-type: none"> <li>糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案：業於114.4.30以健保醫字第1140662176號函公告修訂。</li> <li>糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、慢性阻塞性肺疾病、早期療育、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者、思覺失調症、孕產婦全程照護醫療給付改善方案將持續辦理並滾動檢討適時修訂。另本署已成立「乳癌專家小組」定期召開會議，研議精進乳癌醫療給付改善方案內容。</li> <li>生物相似性藥品方案 113年7月1日起施行，114年擴大辦理。另為進一步推廣使用學名藥政策，預計自本年8月1日起優先試辦癌症化療學名藥，推動「使用生物相似性藥品及學名藥鼓勵試辦計畫」。</li> <li>有關「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」將相關會議決議提至114.8.6醫院總額研商臨時會議。</li> </ol>
<p>2 急診品質提升方案            ※決定事項：精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質</p>		依據本署114.6.17「急診壅塞之健保因應策略第四次研商會議」會議決議，修訂急診品質提升方案因時間因素，保留至下次會議討論，本署預計於114.7.21召開「急診壅塞之健保因應策略第五次研商會議」討論。

工作項目	應完成時限	辦理情形
3 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	114 年 3 月前	已於 114.2.7 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。
4 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 ※決定事項： (1)檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標 (2)另依本會 113 年第 11 次委員會議決定事項，請將 113 年度總額決定事項「檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益」納入 114 年度精進計畫內容辦理		衛福部業於 114.7.2 核定，本署刻正辦理後續公告事宜。另計畫修訂重點已提報 114 年 6 月份委員會議。
5 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 ※決定事項：精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善		1. 「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」新增 RCC、RCW 住院階段獎勵項目及費用，自 111.10.1 起實施，至 114 年持續辦理。 2. 辦理情形詳項次 41 。
6 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能		1. 已於 114.7.4 公告，方案修訂重點已提報 114 年 7 月份委員會議。 2. 辦理情形詳項次 42 。
7 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能		1. 已於 114.7.4 公告，方案修訂重點已提報 114 年 7 月份委員會議。 2. 辦理情形詳項次 43 。
8 地區醫院全人全社區照護計畫		已於 114.5.6 公告，計畫修訂重點已提報 114 年 5 月份委員會議。
9 區域聯防-提升急重症照護品質		114 年延續 113 年計畫辦理。
10 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫		已於 114.5.29 公告，計畫修訂重點已提報 114 年 6 月份委員會議。
11 品質保證保留款實施方案		已於 113.12.19 公告，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。

工作項目	應完成時限	辦理情形
12 風險調整移撥款執行方式  需提本會報告或討論 <sup>註</sup>	114年3月 前送本會 備查	已於 114.4.9 函報本會備查，並提前送本會報 114 年 4 月份委員會議。
<b>需提本會報告或討論<sup>註</sup></b>		
13 新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目)  ※決定事項：於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程	114年3月 委員會議 報告案	已提 114 年 3 月份委員會議報告。
14 藥品及特材給付規定改變  ※決定事項：於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程	114年3月 委員會議 報告案	已提 114 年 3 月份委員會議報告。
15 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)  ※決定事項：於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控	114年3月 委員會議 報告案	已提 114 年 3 月委員會議報告。
16 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫  ※決定事項：依衛生福利部決定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議	114年3月 委員會議 報告案	已提 114 年 6 月份委員會議報告。
17 急診品質提升方案	114年6月 委員會議	已列入本次會議專案報告。

工作項目		應完成時限	辦理情形
		專案報告	
18	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)  ※決定事項：積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向，於 114 年 7 月前提出報告。	114 年 7 月 會議報告 案	1.已列入本次會議報告事項。 2.辦理情形詳項次 36。
19	一般服務之點值保障項目	114 年 3 月 委員會議 討論案	已提 114 年 3 月份委員會議討論通過。
提報本會執行情形(114 年初步結果/成果) <sup>註</sup>			
20	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目)  ※決定事項： (1)於 115 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控★ (2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估 (3)在額度內妥為管理運用。於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)	114 年 7 月前	1.114 年編列 4,463 百萬元，辦理情形如下： (1)新藥：114 年編列 2,363 百萬元，係用來支應收載 5 年內(110 至 114 年)生效之新藥於 114 年所增加之費用。截至 114 年 3 月，預估執行 588 百萬元，預估執行率 24.9%。 (2)新特材：114 年編列 1,000 百萬元， 114 年 5 月特材共擬以前通過計 799 項，推估預算約為 1,354 百萬元，截至 114 年 7 月公告生效品項計 70 項，推估預算約為 384.7 百萬元。公告生效新特材品項經扣減替代品項點數後，實際申報點數約 0.05 百萬點(截至 4 月申報量)。 (3)新增診療項目：醫院總額預算 1,100 百萬元，截至 114.6.25 共同擬訂會議通過新增 13 項、修訂 42 項，將持續召開共同擬訂會議討

工作項目	應完成時限	辦理情形
20 續	114 年 7 月前	<p>論。</p> <p>2.提出 115 年度新醫療科技預算規劃與預估內容：</p> <p>(1)新藥：編列 2,995 百萬元，較 114 年增加 632 百萬元。</p> <p>(2)新特材：</p> <p>A.優先將臨床必要、急重症、兒童使用醫材及臨床使用占率高之醫材研議納入健保給付。編列用於植入性特材及配合本保險醫療服務新增診療項目之必要使用特材，共計 20 大類、1,412 品項，推估預算為 5,712 百萬元。</p> <p>B.115 年預算編列數為 1,500 百萬元，優先研議前述品項，並研議至年度預算執行完畢。</p> <p>(3)新增診療項目：115 年規劃預算 1,100 百萬元，醫院總額預計完成新增修診療項目至少 150 項。</p> <p>3.持續依實證基礎與國際指引滾動式檢討健保已給付之藥品，114 年度就癌藥療程數、生物製劑長期使用安全性、慢性 B 肝等藥品進行 HTR 評估；另於 114.5.16 公告「全民健康保險辦理藥品醫療科技評估作業要點」。</p> <p>4.為利政策順利推行，並強化與各界溝通，將於 114 年 7 月辦理產官學溝通會議，與各界說明本作業要點內容，並一併就研議期間及公告後蒐集綜整之各界意見，於會中統一說明回應。</p>
21 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項：		1.114 年編列 2,000 百萬元，辦理情形如下：

工作項目		應完成時限	辦理情形
21 續	(1)於 115 年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控★  (2)於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)	114 年 7 月前	(1)藥品：編列 1,600 百萬元，截至 114 年 3 月，預估執行 260 百萬元，預估執行率 16.22%。  (2)特材：114 年編列 400 百萬元，截至 114 年 7 月辦理情形如下： A.特材給付規定改變尚無公告生效品項。 B.因成本不敷調整點數：114 年 5 月特材共擬以前通過且公告生效計 9 項，推估預算約為 31.6 百萬元。因前述 9 項公告生效為 114.5.1，尚無申報情形。  2.提出 115 年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容： (1)藥品：編列 2,320 百萬元，較 114 年增加 720 百萬元。 (2)特材：115 年預算編列數 1,200 百萬元。預計針對使用占率高 (60%) 之自付差額特材品項，優先研議轉為全額給付，滿足民眾需求，維護民眾醫療權益。另定期檢討(含醫療科技再評估)及監控健保特材使用情形及給付效益，如「特殊功能及材質體內釘組」、「塗藥淺股動脈氣球導管」、「植入式心臟去顫器(ICD)」、「人工造口袋及造口貼環」。
22	因支付衡平性已調整支付標準之項目 (114 年新增項目)		本項配合 112-113 年已調整之相關支付標準項目導入一般服務，項目包含：「醫療器材使用規範修訂 (SUD)」、「兒科及新生兒科加護病房之住院診察費、病房費及護理費得另加計 20%」及「調升新生兒中重度住院診察費支付點數 50%」。

工作項目	應完成時限	辦理情形
23 因應牙醫支付標準調整所增加預算 (114 年新增項目)	114 年 7 月前	114 年編列 0.7 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 截至 114 年 4 月因應牙醫支付標準調整申報點數增加 0.54 百萬元。
24 因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR(每件增加 235 點)所增加預算 (114 年新增項目) ※決定事項：會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用		114 年編列 200 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 1.全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之初期慢性腎臟病(Early CKD)照護，已放寬為 UACR 及 UPCR 並行(擇一執行)，本署業於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告，自 114 年 5 月 1 日起施行。 2.全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，本署業於 114.6.4 以健保醫字第 1140662606 號函公告新增 UACR 檢測填寫欄位。 3.另擬訂預期效益之評估指標部分，本署業已蒐集相關團體意見，刻正溝通確認。
25 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114 年新增項目) ※決定事項：會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用		114 年編列 59.3 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 1.全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，業新增糖尿病及初期慢性腎臟病病人，符合特定條件者得執行 C 型肝炎篩檢規定。本署於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告，自 114.5.1 起施行。

工作項目	應完成時限	辦理情形
		<b>2.至擬訂預期效益之評估指標部分，本署業已蒐集相關團體意見，刻正溝通確認。</b>
26 合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)  ※決定事項：檢討醫院基本診療支付標準，確保醫院合理反映員工薪資調整，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討成效	114 年 7 月前	<p>114 年編列 1,586.9 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形為本項預算用於支應：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.離島醫院住院案件之醫療服務診療項目加計 30%(1.50 億點)，自 113.5.1 起生效。</li> <li>2.醫院生產案件點值保障 1 點 1 元 (1.90 億點)，自 114 年度生效。</li> <li>3.增訂醫院自然產手術案件夜間及例假日加成 30% 規範(2.12 億點)，自 114.5.1 起生效。</li> </ol>
27 配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變  ※決定事項：會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用		<p>114 年編列 2,500 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <p>為妥適因應五癌擴大篩檢後續疑似陽性個案之檢測及後續治療，研擬以五癌篩檢病人陽追率作為預期效益之評估指標，刻正請台灣醫院協會確認指標定義。</p>
28 因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目)  ※決定事項：監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用		<p>114 年編列 128 百萬元，截至 114 年 3 月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.第 1 階段：支應 COVID-19 確診病人住院期間使用 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品醫令點數)，申報點數為 0.6 百萬點。</li> <li>2.第 2 階段：支應 MIS-C 免疫球蛋白藥品醫令點數，申報點數為 0 點。</li> <li>3.第 3 階段：支應 COVID-19 確診及照護個案醫療費用，申報點數為 64.6 百萬點。</li> </ol>

工作項目	應完成時限	辦理情形
29 暫時性支付(新藥、新特材) ※決定事項：於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)	114 年 7 月前	<p>4.合計第 1~3 階申報點數為 65,2 百萬點。</p> <p>114 年編列 867 百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.藥品：編列 442 百萬元，截至 114 年 3 月，預估執行 22.87 百萬元，預估執行率 2.64%。</li> <li>2.特材：114 年編列 100 百萬元，截至 114 年 7 月尚無公告生效品項。</li> </ol>
30 C 型肝炎藥費 ※決定事項：於協商 115 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★		<p>1.114 年編列 2,224 百萬元，截至 114 年 3 月，預估執行 279.08 百萬元，預估執行率 12.55%。</p> <p>2.檢討實施成效，提出節流效益並納入協商 115 年度總額預算財源：</p> <p>依國健署提供之「C 肝全口服新藥治療效益分析」，C 肝口服新藥策略相較於無治療策略，在 C 肝相關併發症醫療費用上較無治療策略於 2030 年及 2040 年時分別節省約 130.0 億元及 295.4 億元；C 肝口服新藥策略與每年治療 8,000 人的干擾素策略相較，在 C 肝相關併發症醫療費用上於 2030 年及 2040 年時則分別節省約 73.4 億元及 167.2 億元。</p>
31 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 ※決定事項：請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析		<p>114 年編列 17,996 百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.藥費：公務預算補助挹注罕見疾病藥費 2,000 百萬元，罕見疾病及血友病藥費共 19,993 百萬元，截至 114 年 3 月，預估執行 4,089.91 百萬元，預估執行率 20.46%。</li> </ol>

工作項目	應完成時限	辦理情形
		<p>2.特材：114 年編列 3 百萬元，截至 114 年 7 月，罕見疾病特材計 1 品項，截至 4 月申報費用為 1.2 百萬點。</p> <p>【本會補充說明：依協定事項，提報內容請含醫療利用及成長原因分析】</p>
<p>32 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 ※決定事項：請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析</p>	<p>114 年 7 月前</p>	<p>114 年編列 5,750 百萬元，截至 114 年 3 月辦理情形如下： 截至 114 年 3 月，預估執行 1,122.91 百萬元，預估執行率 19.53%。</p> <p>【本會補充說明：依協定事項，提報內容請含醫療利用及成長原因分析】</p>
<p>33 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 ※決定事項：提報之執行情形，應含醫療利用、等待時間及不同器官移植之存活率等</p>		<p>114 年編列 5,364.3 百萬元，截至 114 年 3 月申報點數 1,237 百萬點。 不同器官移植存活率，已公布於健保署全球資訊網首頁&gt;健保資料站&gt;醫療品質資訊公開&gt;專題報告&gt;器官移植 (網址: <a href="https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-13152-ec21e-3502-1.html">https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-13152-ec21e-3502-1.html</a>)。</p>
<p>34 醫療給付改善方案 ※決定事項： (1)滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略或啟動退場機制 (2)檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質的影響</p>		<p>114 年編列 2,272 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <p>1.氣喘、乳癌、慢性阻塞性肺疾病、早期療育、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案將持續辦理並滾動檢討適時修訂。另本署已陸續召開 4 次「乳癌專家小組」討論會議，以擴大參與醫院及納入 80%新確診乳癌病人為目標，精進乳癌醫療給付改善方案。</p> <p>2.為強化同院所連續性照護，114 年</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
34 繼 (3)朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案 (4)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應	114 年 7 月前	<p>地區醫院全人全社區照護計畫與家醫計畫以不重複派案及收案為原則進行派案。另前述計畫依據罹病類型，訂定不同的管控目標，並依個案之疾病類型(含風險等級)及控制情形給予相對應之整合照護提升費。</p> <p>3.113年生物相似性藥品施行成果：            (1)113 年 6 個獎勵成分之生物相似性藥品均有成長趨勢，整體藥品醫令量占率 113 年為 11.9%，與 112 年 7.38%相比有成長。            (2)考量 113 年生物相似性藥品實施成果具成效，且推動生物相似性藥品有助提供病友更多用藥選擇、增進藥品市場競爭及供貨穩定，爰 114 年續辦，並擴大獎勵成分至 8 個。</p>
35 急診品質提升方案		<p>114 年編列 300 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下：</p> <p>申報 24,148 人，32,557 件，48 百萬點。</p>
36 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)		<p>114 年編列 210 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <p>為規劃未來 Tw-DRGs 支付制度推動方向，本署刻正辦理工作小組，預計於 114 年下半年召開至少 6 次工作小組會議，重要工作事項包含 DRG 分類編碼之合適性、擴大導入 DRG 之可行性、DRG 項目可移至門診實施之支付方案等。</p>
37 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 ※決定事項：持續檢討醫療需求		<p>114 年編列 135.5 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下：</p> <p>巡迴計畫共 52 家醫院，前往 41 個</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與		西醫醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務約 2.5 萬人次。
38 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 ※決定事項： (1)檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標 (2)另依本會 113 年第 11 次委員會議決定事項，請將 113 年度總額決定事項「檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益」納入 114 年度精進計畫內容辦理	114 年 7 月前	114 年編列 2,000 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 1. 衛福部業於 114.7.2 核定，本署刻正辦理後續公告事宜。另計畫修訂重點已提報 114 年 6 月份委員會議。 2. 本計畫之評估指標已提報 114 年 6 月份委員會議。
39 鼓勵院所建立轉診合作機制 ※決定事項： (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效 (2)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效 (3)監測各層級上下轉之情形，並有策略導向		114 年編列 224.7 百萬元，規劃 114 年度調整支付標準： 1. 調升下轉及接受下轉獎勵 200~300 點，另調降上轉支付點數 100 點，將更多資源用於急重難罕症治療。 2. 全面採用健保電子轉診平台，以提升轉診效率，取消紙本轉診獎勵支付(僅保留接受轉診之紙本獎勵)。 3. 上述調整業提至 114 年 6 月全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決議，刻正依規定辦理報部公告程序，並於執行後半年，提出執行成效評估。
40 精神科長效針劑藥費 ※決定事項：評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥		114 年編列 3,006 百萬元，截至 114 年 3 月，預估執行 623.36 百萬元，預估執行率 20.74%。 <b>【本會補充說明：依協定事項，提</b>

工作項目	應完成時限	辦理情形
為管理運用		報內容請含替代效果、執行效益及照護成效指標】
41 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫  ※決定事項：精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善	114 年 7 月前	114 年編列 300 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 預計召開呼吸器照護支付調整專家諮詢會議討論「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫修訂方向。
(1)會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形  (2)114 年 7 月提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果		114 年編列 500 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 1.已於業務執行季報告，併同提出分級醫療執行情形。 2.補充說明如下： (1)114.2.7 函請台灣醫院協會檢視計畫及提出修訂建議，回函表示：分級醫療角色功能則請健保署妥善規劃為準。 (2)本計畫費用執行率 100%，評估指標：全日平均護病比<12.0 之地區醫院家數，自 112 年 204 家提升至 113 年 236 家，均達標。 (3)為獎勵地區醫院急重症診療項目及住院護理費給予額外加成，以提升地區醫院住診及急診照護品質、以落實分級醫療策略，持續推動。
43 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能  ※決定事項：  (1)會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形		114 年編列 1,000 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 1.已於業務執行季報告，併同提出分級醫療執行情形。 2.補充說明如下： (1)114.2.7 函請台灣醫院協會檢視計畫及提出修訂建議，回函表示：分級醫療角色功能則請健保署妥

工作項目		應完成時限	辦理情形
43 續	(2)114 年 7 月提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果		善規劃為準。 (2)本計畫費用執行率 100%，評估指標：14 日內再住院率不高於該層級別前 1 年度，113 年度醫學中心 4.83%、區域醫院 5.86%，其中醫學中心較前一年數值 (4.67%) 略為上升。
44	地區醫院全人全社區照護計畫	114 年 7 月前	114 年編列 500 百萬元，截至 114 年 5 月辦理情形如下： 1.114 年計畫已於 114.5.6 公告，修訂計畫重點為收案對象納入動脈粥狀硬化心血管疾病之風險等級達非常高或極高之保險對象，並依據個案之疾病類型(含風險等級)及控制情形給予獎勵；開辦建置費之支付條件納入家醫大平台使用頻率，及新增糖尿病病人胰島素注射獎勵費；配合全人計畫推展新增 5 項自選指標。 2. 截至 114 年 6 月 20 日計有 137 家地區醫院參加，收案 5.8 萬人(收案截止日為 114.7.6)。
45	區域聯防-提升急重症照護品質		114 年編列 268 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下：申報 5,413 人，6,796 件，75.1 百萬點。
46	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫		114 年計畫編列 225 百萬元，本署業於 114.5.29 以健保醫字第 1140110568 號函公告，並自 114.1.1 施行。

註：

- ★屬需於協商 115 年度總額前，提出預算規劃與預估內容，或提出節流效益並納入 115 年度總額預算財源之項目。
- 114 年執行情形於本會 114 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 114 年 7 月份各部門總額執行情形發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 113 年執行情形)。

#### 四、西醫基層總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 因應基層護理人力需求，提高1~30 人次診察費	114 年3 月前	已於 114.5.23 公告「114 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」，計畫修訂重點已提報 114 年 6 月份委員會議。
2 西醫醫療資源不足地區改善方案		辦理情形同醫院總額項次 3 。
3 家庭醫師整合性照護計畫 ※決定事項： (1)依論質計酬模式，以改變民眾生活習慣為計畫推動方向，提出全人照護整合之具體規劃，建立照護指引及訂定相應之品質指標 (2)落實依個案疾病風險分級管理照護，建議依會員疾病風險擬訂對應的個案管理照護費，避免逆選擇效應 (3)新增之風險管理照護諮詢商應建立執行面指標及結果面成效果品質指標，以利評估成效		已於 114.4.28 公告，計畫修訂重點已提報 114 年 5 月份委員會議。
4 醫療給付改善方案 ※決定事項：持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案		1.糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案，業於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告修訂。 2.糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、慢性阻塞性肺疾病、早期療育、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者、思覺失調症、孕產婦全程照護醫療給付改善方案將持續辦理並滾動檢討適時修訂。 3.生物相似性藥品方案 113 年 7 月 1 日起施行，114 年擴大辦理。另

工作項目		應完成時限	辦理情形
			為進一步推廣使用學名藥政策，預計自本年8月1日起優先試辦癌症化療學名藥，推動「使用生物相似性藥品及學名藥鼓勵試辦計畫」。
5	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	114年3月前	114年延續113年計畫辦理。
6	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫		114年4月22日邀集台灣復健醫學會、台灣心肺復健醫學會及中華民國醫師公會全國聯合會研議相關支付規範，將依程序提至相關會議討論。
7	提升國人視力照護品質(自一般服務項目移列專款項目)		本署已於114.7.4辦理「114年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案」報部作業。
8	品質保證保留款實施方案		已於114.1.23公告，方案修訂重點已提報114年3月份委員會議。
9	風險調整移撥款執行方式	114年3月前送本會備查	已於114.3.21函報本會備查，並提報114年4月份委員會議。
需提本會報告或討論			
10	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目)	114年3月委員會議報告案	已提114年3月份委員會議報告。
11	藥品及特材給付規定改變		已提114年3月份委員會議報告。
12	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費		已提114年4月份委員會議報告。
13	暫時性支付(新藥、新特材)(114年新增項目)		已提114年3月份委員會議報告。
14	提升國人視力照護品質(自一般服務項目移列專款項目) ※決定事項：依本部決定結果，	114年3月委員會議報告案	已提114年6月份委員會議報告。

工作項目		應完成時限	辦理情形
	研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部決定後，提報本會最近1次委員會議		
15	強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項： (1)依本部決定結果，請研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部決定後，提報本會最近1次委員會議	114年3月委員會議報告案	本項「執行目標」及「預期效益之評估指標」經提至114.6.5研商會議，會議決議為請中華民國醫師公會全國聯合會依「歷年開放表別項目執行情形及檢討」研議開放表別項目再提會討論。俟回復後將依程序提至相關會議討論。
	(2)提出規劃調整開放之項目與作業時程	114年3月前	本案經提至114.6.5研商會議討論，會議決議為請中華民國醫師公會全國聯合會依「歷年開放表別項目執行情形及檢討」研議開放表別項目再提會討論。俟回復後將依程序提至相關會議討論。
16	一般服務之點值保障項目	114年3月委員會議討論案	已提報114年3月份委員會議討論通過。
提報本會執行情形(114年初步結果/成果) <sup>註</sup>			
17	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目) ※決定事項： (1)於115年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控★ (2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加	114年7月前	1.114年編列228百萬元，辦理情形如下： (1)新藥：編列178百萬元，係用來支應收載5年內(110至114年)生效之新藥於114年所增加之費用。截至114年3月，預估執行12百萬元，預估執行率6.53%。 (2)新特材：114年無編列西醫基層新特材預算。114年5月特材共擬以前通過計13項，推估預算約為12百萬元(預算來源：以114

工作項目		應完成時限	辦理情形
17 續	<p>快療效及經濟效益評估</p> <p>(3)在額度內妥為管理運用。於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)</p>	114 年 7 月前	<p>年度西醫基層新醫療科技項目新增新藥預算 1.78 億元支應)，預計生效日期為 114.8.1。目前尚無申報量。</p> <p>(3)新增診療項目:西醫基層總額 50 百萬元，截至 114 年 6 月 25 日共同擬訂會議通過新增 4 項、修訂 4 項，將持續召開共同擬訂會議討論。</p> <p>2.提出 115 年度新醫療科技預算規劃與預估內容：</p> <p>(1)新藥：編列 164 百萬元，較 114 年減少 14 百萬元。</p> <p>(2)新特材:115 年西醫基層預算編列數 30 百萬元，係搭配 115 年醫院總額研議新特材涉及西醫基層使用之項目。</p> <p>(3)新增診療項目:115 年規劃預算 50 百萬元，西醫基層總額預計完成新增修診療項目至少 15 項。</p> <p>3.持續依實證基礎與國際指引滾動式檢討健保已給付之藥品，114 年度就癌藥療程數、生物製劑長期使用安全性、慢性 B 肝等藥品進行 HTR 評估；另於 114 年 5 月 16 日公告「全民健康保險辦理藥品醫療科技評估作業要點」。</p> <p>4.為利政策順利推行，並強化與各界溝通，將於 114 年 7 月辦理產官學溝通會議，與各界說明本作業要點內容，並一併就研議期間及公告後蒐集綜整之各界意見，於會中統一說明回應。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
18 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項： (1)於 115 年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控★ (2)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)	114 年 7 月前	<p>1.114 年編列 486 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>(1)藥品：編列 486 百萬元，截至 114 年 3 月，預估執行 116 百萬元，預估執行率 23.96%。</p> <p>(2)特材：114 年無編列西醫基層給付規定改變預算。</p> <p>2.提出 115 年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容：</p> <p>(1)新藥：編列 138 百萬元，較 114 年減少 348 百萬元。</p> <p>(2)特材：115 年預算編列數 1.3 百萬元。將定期檢討(含醫療科技再評估)及監控健保特材使用情形及給付效益，如「人工造口袋及造口貼環」。西醫基層給付規定改變預算係搭配 115 年醫院總額研議給付規定改變預算涉及西醫基層使用之項目。</p>
19 因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費 ※決定事項： (1)預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質 (2)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質		<p>114 年編列 659.3 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <p>1.本署 114.5.23 公告 114 年度「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」自 114.1.1 起生效。</p> <p>2.稽核機制：每月勾稽每家基層診所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於第四投保等級(月投保金額 31,800 元，即相當最低基本工資的 1.1 倍)。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>20 因應預防保健政策改變產生之服務密集度 (114 年新增項目) ※決定事項：請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用</p>	114 年 7 月前	<p>114 年編列 360 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 研擬以五癌篩檢病人陽追率作為預期效益之評估指標，刻正請醫師公會全聯會確認指標定義。</p>
<p>21 代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114 年新增項目) ※決定事項：請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用</p>		<p>114 年編列 626.6 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <p>1. 代謝症候群衍生費用之預期效益之評估指標為「代謝症候群改善率」提升之診所占率較前 1 年增加，並已與醫師公會全國聯合會達成共識。</p> <p>2. C 肝照護品質提升：</p> <p>(1) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，業新增糖尿病及初期慢性腎臟病病人，符合特定條件者得執行 C 型肝炎篩檢規定。本署於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告，自 114 年 5 月 1 日起施行。</p> <p>(2) 全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，業新增符合特定條件者得執行 C 型肝炎篩檢規定，本署於 114.6.4 以健保醫字第 1140662606 號函公告。</p> <p>(3) 至擬訂預期效益之評估指標部分，本署業已蒐集相關團體意見，刻正溝通確認。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
22 CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測  ※決定事項：請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用	114 年 7 月前	<p>114 年編列 199.8 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之初期慢性腎臟病(Early CKD)照護，已放寬為 UACR 及 UPCR 並行(擇一執行)，本署業於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告，自 114.5.1 起施行。</li> <li>全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，本署業於 114.6.4 以健保醫字第 1140662606 號函公告新增 UACR 檢測填寫欄位。</li> <li>至擬訂預期效益之評估指標部分，本署業已蒐集相關團體意見，刻正溝通確認。</li> </ol>
23 因支付衡平性已調整支付標準之項目  (114 年新增項目)		本項配合 112-113 年已調整之相關支付標準項目導入一般服務，項目包含：「醫療器材使用規範修訂(SUD)」、「西醫基層申報藥服費未滿 7 歲兒童得依表定點數加計」。
24 因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目)  ※決定事項：請監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用		114 年編列 10 百萬元，截至 114 年 1-5 月申報 123 百萬點。
25 促進醫療服務診療項目支付衡平性(自專款項目移列一般服務項目)  ※決定事項：請檢討西醫基層總額支付標準，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運		本項配合 112-113 年已調整之相關支付標準項目導入一般服務，項目包含：「醫療器材使用規範修訂(SUD)」、「西醫基層申報藥服費未滿 7 歲兒童得依表定點數加計」。

工作項目		應完成時限	辦理情形
	用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討		
26	暫時性支付(新藥、新特材) (114年新增項目) ※決定事項：在額度內妥為管理運用，並請於114年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)	114年 7月前	114年編列58百萬元，辦理情形如下： 1.新藥：編列58百萬元，截至114年3月，預估執行0元。 2.新特材：114年無編列西醫基層暫時性支付預算。
27	提升國人視力照護品質 (自一般服務項目移列專款項目) ※決定事項： (1)持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益 (2)加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律 (3)本項醫療點數以每點1元為原則；費用若有超支，依健保法第62條規定採浮動點值處理		114年編列3,574.8百萬元，至114年6月辦理情形如下： 114年本預算執行及結算方式等事項經提至114.6.5研商會議討論通過。為配合本項預算執行，本署已於114.7.4辦理「114年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案」報部作業。
28	西醫醫療資源不足地區改善方案 ※決定事項：請持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與		114年編列423.9百萬元，截至114年4月辦理情形如下： 巡迴計畫共126家診所(含衛生所)，前往85個西醫醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務約7.2萬人次。
29	家庭醫師整合性照護計畫 ※決定事項： (1)依論質計酬模式，以改變民眾生活習慣為計畫推動方向，提出全人照護整合之具體規劃，建立照護指引及訂定相應之品質指標		114年編列4,648百萬元，截至114年5月辦理情形如下： 1.114年計畫於114.5.2公告(追溯自114.1.1起實施)，收案期限至114.7.1。 2.114年計畫透過個案管理費加成，鼓勵院所定期追蹤慢性病個

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>(2)落實依個案疾病風險分級管理照護，建議依會員疾病風險擬訂對應的個案管理照護費，避免逆選擇效應</p> <p>(3)新增之風險管理照護諮商應建立執行面指標及結果面成績品質指標，以利評估成效</p>		<p>案。並依據罹病類型，訂定不同的管控目標，再進一步依個案之疾病類型(含風險等級)及控制情形給予相對應之整合照護提升費。亦精進相關指標，追蹤收案會員之特定檢驗項目表現，鼓勵醫療群提升醫療照護品質。</p> <p>3.針對生活習慣諮商部分，已於 114 年計畫提供誘因，鼓勵診所收集個人健康及生活型態資料。並規劃由民眾至健康存摺自填生活習慣量表，將定期追蹤填寫狀況。</p>
<p>30 C 型肝炎藥費 ※決定事項：於協商 115 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★</p>	<p>114 年 7 月前</p>	<p>1.114 年編列 462 百萬元，截至 114 年 3 月，預估執行 101.42 百萬元，預估執行率 21.95%。</p> <p>2.檢討實施成效，提出節流效益並納入協商 115 年度總額預算財源： 依國健署提供之「C 肝全口服新藥治療效益分析」，C 肝口服新藥策略相較於無治療策略，在 C 肝相關併發症醫療費用上較無治療策略於 2030 年及 2040 年時分別節省約 130.0 億元及 295.4 億元；C 肝口服新藥策略與每年治療 8,000 人的干擾素策略相較，在 C 肝相關併發症醫療費用上於 2030 年及 2040 年時則分別節省約 73.4 億元及 167.2 億元。</p>
<p>31 醫療給付改善方案 ※決定事項：</p> <p>(1)滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟</p>		<p>114 年編列 906.1 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <p>1.氣喘、慢性阻塞性肺疾病、早期療育、B 型肝炎帶原者及 C 型肝</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>31 續</p> <p>且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略或啟動退場機制</p> <p>(2)朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案</p> <p>(3)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應</p> <p>(4)檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質影響</p>	114 年 7 月前	<p>炎感染者醫療給付改善方案將持續辦理並滾動檢討適時修訂。</p> <p>2.為強化同院所連續性照護，114 年地區醫院全人全社區照護計畫與家醫計畫以不重複派案及收案為原則進行派案。另前述計畫依據罹病類型，訂定不同的管控目標，並依個案之疾病類型(含風險等級)及控制情形給予相對應之整合照護提升費。</p> <p>3.113 年生物相似性藥品施行成果：</p> <p>(1)同成分藥品之醫令量占率：113 年 6 個獎勵成分之生物相似性藥品均有成長趨勢，其中 pegfilgrastim 成分藥品占率最高，達 87.6%。</p> <p>(2)整體同成分藥品醫令量占率：113 年為 11.9%，與 112 年 7.38%相比有成長。</p> <p>(3)考量 113 年生物相似性藥品實施成果具成效，且推動生物相似性藥品有助提供病友更多用藥選擇、增進藥品市場競爭及供貨穩定，爰 114 年續辦，並擴大獎勵成分至 8 個。</p>
32	<p>強化基層照護能力及「開放表別」項目</p> <p>※決定事項：對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目</p>	<p>114 年編列 1,720 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下：</p> <p>本案經提至 114.6.5 研商會議，會議決議為請中華民國醫師公會全國聯合會依「歷年開放表別項目執行情形及檢討」研議開放表別項目再提會討論。俟回復後將依程序提至相關會議討論。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
33 鼓勵院所建立轉診合作機制 ※決定事項： (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效 (2)持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效	114 年 7 月前	114 年編列 258 百萬元，規劃 114 年度調整支付標準： 1. 調升下轉及接受下轉獎勵 200~300 點，另調降上轉支付點數 100 點，將更多資源用於急重難罕症治療。 2. 全面採用健保電子轉診平台，以提升轉診效率，取消紙本轉診獎勵支付(僅保留接受轉診之紙本獎勵)。 3. 上述調整業提至 114 年 6 月全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決議，刻正依規定辦理報部公告程序，並於執行後半年，提出執行成效評估。
34 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 ※決定事項：請精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務		114 年編列 50 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 1.114 年延續 113 年計畫辦理。 2. 持續鼓勵計畫施行區域之基層診所婦產科專科醫師積極參與提供生產服務，共計 18 家診所參與，採半年結算，尚無執行數。
35 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 ※決定事項：請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用		114 年編列 30 百萬元，截至 114 年 3 月，預估執行 0.09 百萬元，預估執行率 0.31%。
36 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 ※決定事項：請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用		114 年編列 30 百萬元，截至 114 年 1-5 月申報 4.36 百萬點。
37 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 ※決定事項：請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用		114 年編列 11 百萬元，截至 114 年 1-5 月申報 0.62 百萬點。

工作項目		應完成時限	辦理情形
38	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	114 年 7 月前	114 年編列 178 百萬元，截至 114 年 1-5 月申報 83.53 百萬點。
39	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 ※決定事項：請加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效		114 年編列 10 百萬元，截至 114 年 7 月辦理情形如下： 業於 114.6.20 函請各分區業務組了解執行狀況，並輔導院所。
40	精神科長效針劑藥費 ※決定事項：積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益		114 年編列 100 百萬元，截至 114 年 3 月預估執行 13.79 百萬元，預估執行率 13.79%。 【本會補充說明：依協定事項，提報內容請含替代效果及執行效益評估】

註：

- 1.★屬需於協商 115 年度總額前，提出預算規劃與預估內容，或提出節流效益並納入 115 年度總額預算財源之項目。
- 2.114 年執行情形於本會 114 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 114 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 113 年執行情形)。

## 五、門診透析服務

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效	114 年 3 月前	已於 114.5.21 公告，方案修訂重點已提報 114 年 6 月份委員會議。
需提本會報告或討論 <sup>註</sup>		
2 考量「居家血液透析」為新的照護模式，請審慎研議擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提本會報告	114 年 3 月委員會議報告案	已提 114 年 4 月委員會議報告。
3 鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告	114 年 6 月委員會議專案報告	已提報 114 年 6 月份委員會議專案報告。
提報本會執行情形(114 年初步結果/成果) <sup>註</sup>		
4 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務  ※決定事項： (1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質 (2)持續推動腎臟病前期之整	114 年 7 月前	1.114 年「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升及照護品質計畫」業於 114.5.21 公告，修正重點已提貴會 114 年 6 月委員會議報告。 2.有關專款「居家血液透析」之試辦計畫，已於 114.6.4 公告，其具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)已提 114 年 4 月委員會議報告。 3.有關末期腎臟病患者之包裹式給

工作項目	應完成 時限	辦理情形
<p>合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護</p> <p>(3)研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率</p> <p>(4)鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效</p>		<p>付方式，規劃辦理委託研究研議適用本土可行方案，目前辦理採購程序中。</p>

註：114 年執行情形於本會 114 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 114 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 113 年執行情形)。

## 六、其他預算

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 山地離島地區醫療給付效益提升計畫  ※決定事項：  (1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質（含建立監測指標），並評估 114 年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效  (2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等  (3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點 1 元之合理性，並訂定排除條件  (4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>	114 年 3 月前	<p>1. 本署於全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫訂有民眾滿意度、IDS 執行情形、醫療照護成效、促進預防保健及當地特定疾病個案等管理指標，以監測山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質。</p> <p>2. 本署將於 114 年底評估離島公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率，據以評估編列預算挹注之成效。</p> <p>3. 為持續強化山地離島地區在地院所醫療量能，爰規劃透過點值保障措施鼓勵醫療服務提供，本署將持續監測資源配置之合理性及成效。</p> <p>4. 本署於 113.8.19 健保醫字第 1130116825 號公告修訂「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案」，並訂有健康管理指標、醫療照護指標、其他政策鼓勵指標以評估計畫成效。</p> <p>5. 另為持續檢討 IDS 計畫執行之效益，本署於 113-114 年邀集各分區業務組召開 3 場會議，並擬具計畫修訂草案，目前洽詢醫界團體意見中，將俟取得各界共識後，再行辦理 IDS 計畫修訂事宜。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>2 居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務 ※決定事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準</p> <p>(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式</p>	114 年 3 月前	<p>1.助產所業務：114 年延續 113 年計畫持續辦理。</p> <p>2.居整計畫及居家照護：</p> <p>(1)本署刻正依相關學/協會意見全盤檢討本項計畫，並規劃調升醫事人員訪視費用，以合理反映醫事人員照護成本，將組專家團體討論，再依程序提會討論。</p> <p>(2)為提升居家安寧個案照護品質及在宅善終比率，刻正訂定相關監測指標。</p> <p>(3)規劃與居整計畫共同研議調升支付點數以合理反應醫事人員付出之心力及成本。</p> <p>3.在宅急症：已於 114.2.3 公告修訂「在宅急症照護試辦計畫」，方案修訂重點已提報 114 年 3 月份委員會議。</p> <p>4.安寧居家：已於 114.6.2 公告新增「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」，依實地訪視評核給予加成獎勵，方案重點已提報 114 年 6 月份委員會議。</p> <p>5.精神社區：114 年延續 113 年作法持續配合辦理。</p>
<p>3 推動促進醫療體系整合計畫</p> <p>(1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫</p> <p>(2)急性後期整合照護計畫</p> <p>(3)跨層級醫院合作計畫</p> <p>(4)遠距醫療會診 ※決定事項：</p>	114 年 3 月前	<p>1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫：延續 111 年計畫辦理。</p> <p>2.急性後期整合照護計畫：研擬於 114 年第 3 季邀集各層級醫院協會、相關專科醫學會研修急性後期整合照護計畫。</p> <p>3.跨層級醫院合作計畫：延續 113 年計畫辦理。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>3 繼</p> <p>(1)擴大辦理「遠距醫療會診」</p> <p>(2)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效</p> <p><b>(3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃</b></p> <p>※113 年 12 月委員會議決定事項：請檢討「急性後期整合照護計畫」，其支付標準調整應考量支付衡平性，並納入 114 年度檢討計畫執行內容辦理</p>	<p>114 年 3 月前</p>	<p>4.遠距醫療給付計畫：</p> <p>為擴大遠距醫療推動，提升偏鄉民眾專科醫療可近性，遠距計畫修訂草案已於 114 年第 2 次共同擬訂會議討論通過，修訂重點如下：</p> <p>(1)取消遠距會診專科別限制：由在地端院所依當地醫療需求協調遠距端院所量能提供服務。</p> <p>(2)調升在地端院所執行遠距會診之診察費加成，以鼓勵院所提供遠距專科會診服務。</p> <p>(3)在地院所資格新增「參與全民健康保險西醫醫療資源不足改善方案且計畫施行地區內進行巡迴醫療之院所」，將醫缺地區巡迴點納入實施範圍。</p>
<p>4</p> <p>提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫</p>		<p>已於 113.11.6 公告，方案修訂重點已提報 113 年 12 月份委員會議。</p>
<p>5</p> <p>腎臟病照護及病人衛教計畫</p> <p>(1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫</p> <p>(2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案</p> <p>(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護</p> <p>(2)檢討「慢性腎衰竭病人門診</p>		<p>1.末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫，已於 114.6.4 以健保醫字第 1140662606 號函公告修訂。</p> <p>2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：業於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號公告修訂。</p> <p>本署於 113 年以家醫計畫為基礎，與代謝計畫、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案進行整合，另於 114 年精進相關費用支付方式，如透過個案管理費加成，鼓勵院所定期追蹤慢性病個案。並精進相關指標，追蹤收案會員之特定檢驗項目表現，鼓勵</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
5 續 透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的	114 年 3 月前	醫療群提升醫療照護品質。 【本會補充說明：依協定事項，提報內容請含「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標檢討】
6 提升用藥品質之藥事照護計畫		延續 113 年計畫辦理。
需提本會報告或討論 <sup>註</sup>		
7 推動促進醫療體系整合計畫 ※決定事項：擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7 月前提本會報告	114 年 7 月委員會議報告案	為完善規劃「社區型急性後期整合照護服務模式」，本署刻正廣泛蒐集意見暨邀集專家研商，業於 114.6.25 函請貴會同意延後報告時程(如附錄七，第 120 頁)。
8 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 ※決定事項：持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於 114 年 7 月前提本會報告	114 年 7 月委員會議報告案	1.近 3 年(111-113 年)醫療利用情形： (1)預算執行情形：近 3 年預算均為 1,654 百萬元。 (2)費用申報情形： A.門、住診申報量皆逐年成長，門診部分，就醫人數、人次及醫療費用，由 111 年 7.9 萬人、80 萬人次及 1,368 百萬點，成長至 113 年 8.5 萬人、95.5 萬人次及 1,559 百萬點；住診部分，就醫人數、人次及醫療費用，由 111 年 0.4 萬人、0.6 萬人次及 334 百萬點，成長至 113 年 0.5 萬人、0.8 萬人次及 437 百萬點。 B.114 年 1-4 月申報資料統計，計畫醫療利用觀察到下降趨勢，114 年 1-4 月申報 30.2 萬件、601.2 百萬點，較去年同期下降約 0.3 萬件(-1.1%)、61 百萬點(-

工作項目	應完成 時限	辦理情形
		<p>9.2%)，本署將持續監測醫療利用情形。</p> <p>C.另計畫針對醫療利用訂有相關監測指標，如「每人每年門(急)診就醫人次」、「每人每年住院次數」、「每人每年門急診醫療費用」等。</p> <p>2.照護品質評估指標：計畫現訂有「疥瘡盛行率」與「急診就醫率」之照護指標，觀察 111-113 年指標表現因受收容人變動、判斷戒護原則、矯正政策等因素影響，致有微幅上升趨勢，本署將持續監測指標變動情形；另本計畫自 114 年起，增加「C 肝全口服抗病毒藥物治療率」指標，亦有就結果面改善指標進行監測(如疥瘡藥物治療率)，未來亦將納入計畫指標監測參考。</p> <p>3.已列入本次會議報告事項。</p>
9 114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等 (114 年新增項目) ※決定事項： (1)用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點 0.95 元相關費用 (2)本項目支用前，將依程序提	114 年 3 月 委員會議 報告案	已提 114 年 3 月份委員會議報告。

工作項目	應完成時限	辦理情形
本會報告同意後進行運用		
提報本會執行情形(114年初步結果/成果) <sup>註</sup>		
10 基層總額轉診型態調整費用 ※決定事項： (1)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益 (2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效 (3)評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告	114年7月前	114年編列800百萬元，截至114年第1季辦理情形如下： 1.預算限定用於「轉診成功案件」。 2.114年第1季資料將於8月確認，尚無數值。 3.113年「基層總額轉診型態調整費用」及「鼓勵院所建立轉診之合作機制」成效評估檢討報告如下： (1)「基層總額轉診型態調整費用」： A.預算目的：推動分級醫療後病人可能往基層集中，此預算即用於避免造成基層總額財務衝擊。 B.動支條件：113年動支條件依協定事項限定用於「轉診成功案件」。 C.113年執行情形： a.人數：113年轉診成功案件約7.4萬人。 b.預算：8億元，執行數5.65億元，執行率71%。 c.另觀察由醫院下轉之慢性病患者平均停留天數(94.6天)較一般病人(68.2天)長。 (2)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」： A.預算目的：為提高轉診誘因，本署自107年起編列本項專款預算，新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」及「接受轉診門診診察費加算」等5項支付標準項目。

工作項目	應完成時限	辦理情形
10 續	114 年 7 月前	<p>B.支付方式：病人需有就醫事實，轉出院所確認轉入院所受理轉診後即可先申報轉診費，惟轉診費用點數先申報為 0，由本署後續勾稽個案就醫情形後每季統一補付。惟同體系院所間(含委託經營)之轉診案件不得申報。</p> <p>C.執行情形之 114 年修訂轉診支付標準：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.為提升配合分級醫療政策及提升轉診效率、品質及即時訊息傳遞，全面採用健保電子轉診平台，取消上轉及下轉之紙本轉診獎勵支付。另依醫療法 73 條規定，上轉屬義務性質，故調降上轉支付點數 100 點(250 點調降為 150 點；另鼓勵下轉及接受下轉，增加獎勵 200~300 點。</li> <li>b.相關修訂案經基層及醫院總額研商議事會議多次討論後已獲共識，並於 114.6.26「全民健康保險醫療服務項目及支付標準共同擬訂會議 114 年第 2 次會議」討論通過，續辦理報部公告事宜，並於執行半年後評估執行成效。</li> </ul> <p>(3)結果評估：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A.慢性病轉診到基層成功案件中，由醫院下轉之慢性病患者平均停留天數較一般病人長。</li> <li>B.推動全人全程整合醫療照護：推行大家醫計畫，提升基層醫療量能及品質，以作為民眾健康守門員；藉由家醫制度之施行，養成民眾正確就醫習慣，由基層院</li> </ul>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
10 繼	114 年 7 月前	<p>所提供的初級照護，俟有進一步診療需要時，再經轉診至醫院就醫。並自 113.8.27 推動地區醫院全人全社區照護計畫，藉由醫院及診所建立轉診及合作機制，使慢性病會員獲得完善且整合性之醫療照護(含預防保健、癌症篩檢、疫苗接種、疾病治療、相關檢驗(查)、24 小時諮詢及生活習慣諮詢)，以延緩慢性疾病重症之發生。</p> <p>C. 醫院跟基層建立合作機制，分級轉診：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 橫向連接：推動大家醫計畫，作為基層與醫院連結的平台，並以病人為中心，整合基層與醫院的就醫資料，提供量身訂作個人化衛教。</li> <li>b. 垂直整合：推動醫療體系垂直整合，由各層級醫療院所合作組成，以民眾為中心評估其照護需求，適當轉至適合之地區醫院、基層診所或長期照護機構提供完善的醫療照護，截至 114 年 3 月底共計組成 81 個策略聯盟，已有 6,887 家特約院所(醫學中心 28 家、區域醫院 79 家、地區醫院 284 家、基層院所 6,341 家、居家護理機構 145 家、精神復健機構 6 家及呼吸照護所 4 家)參與。</li> </ul> <p>D. 推動「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」：引導醫院在一定總額範圍內，調整門住診比例，鼓勵醫院透過策略聯盟將輕</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
		症或穩定慢性病人下轉。
<p>11 山地離島地區醫療給付效益提升計畫  ※決定事項：</p> <p>(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立監測指標)，並評估114年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效</p> <p>(2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等</p> <p>(3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點1元之合理性，並訂定排除條件</p> <p>(4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>	114 年 7 月前	<p>114年編列1,356.6百萬元，截至114年6月辦理情形如下：</p> <p>1.IDS 計畫草案現函詢各單位意見中，本署將俟取得各界相關團體共識後，再行辦理IDS計畫修訂事宜，評核指標修訂重點如下：</p> <p>(1)促進預防保健指標項下，增訂「B、C型肝炎篩檢比率」。</p> <p>(2)增訂癌症防治指標(大腸癌、乳癌、子宮頸癌、口腔癌篩檢率)。</p> <p>2.有關公費醫師在地服務評估機制一節，因健保無收載公費醫師資料，本署將洽請衛福部醫事司提供資料後，規劃於114年底針對醫師整體留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率進行統計，據以評估編列預算挹注之成效。</p> <p>3.有關為持續強化山地離島地區在地院所醫療量能，爰規劃透過點值保障措施鼓勵醫療服務提供，本署將持續監測資源配置之合理性及成效。另排除條件訂定建議，本組將請各分區業務組針對轄區鄉鎮(市)區特性及醫療資源提出建議後彙整提報本署。</p> <p>4.本署業於113.8.19 健保醫字第1130116825號公告修訂「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案(原山地鄉全人整合照護執行方案)」，修訂評核指標如下：</p> <p>(1)健康管理指標項下，「高風險孕產婦產檢達成率」修訂為「孕產婦產檢達成率」，增訂「高風險</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
		<p>妊娠產檢率」、「全口牙結石清除」、「施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)的執行率」</p> <p>(2)其他政策鼓勵指標項下，增訂「B、C型肝炎篩檢比率」。</p>
12 居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務  ※決定事項：  (1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準  (2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式  (3)收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供 115 年度總額協商參考★	114 年 7 月前	<p>114 年編列 9,378 百萬元，截至 114 年 5 月辦理情形如下：</p> <p>1.居家醫療照護：</p> <p>(1)截至 114 年 5 月，居家醫療照護整合計畫共 3,483 家醫事機構參與，收案約 7.1 萬人。</p> <p>(2)截至 114 年 4 月，新收案照護對象(收案滿 1 個月)後每月平均門診就醫次數，較收案前半年減少約 0.5 次。</p> <p>(3)安寧居家：本署業於 114.6.2 公告新增「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」，依實地訪視評核給予加成獎勵，自 114.7.1 起實施。</p> <p>2.在宅急症照護試辦計畫：截至 114 年 5 月計有 172 個團隊、762 家院所參與計畫，共收案 2,955 人次，且平均照護天數為 6.9 天，113 年平均醫療費用約 3 萬點。</p> <p>3.轉銜長照之服務：114 年持續辦理。</p> <p>【本會補充說明：依決定事項，請於 115 年度總額協商前，提出「在宅急症照護試辦計畫」替代醫院住院費用情形】</p>
13 支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、	114 年 7 月前	114 年編列 215 百萬元，截至 114 年第 1 季，狂犬病治療藥費為 0.45

工作項目	應完成 時限	辦理情形
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費		百萬元，至於其他費用則未支用。
14 推動促進醫療體系整合計畫 ※決定事項： (1)擴大辦理「遠距醫療會診」 (2)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效 <b>(3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃</b> (4)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，請強化多重慢性病人之整合照護	114 年 7 月前	<p>114 年編列 520 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下：</p> <p>1.114 年 1-4 月申報遠距會診費 431.1 萬點，共 0.5 萬人次接受服務；另 114 年截至 6 月，共 123 家在地院所與 53 家遠距院所合作參與遠距計畫，提供 63 個鄉鎮、11 個急重症轉診網絡及 2 間矯正機關遠距會診服務。</p> <p>2.為擴大辦理「遠距醫療會診」，114 年遠距計畫已研議取消遠距會診專科別限制，並透過調升在地端院所執行遠距會診之診察費加成鼓勵院所提供遠距專科會診服務，計畫修訂草案已於 114 年第 2 次共同擬訂會議通過，刻正依程序辦理相關事宜。</p> <p>3.為完善規劃「社區型急性後期整合照護服務模式」，本署刻正廣泛蒐集意見暨邀集專家研商，業於 <b>114.6.25</b> 函請貴會同意延後報告時程(附錄)。</p>
15 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		114 年編列 2,000 百萬元，截至 114 年 6 月為止，尚無非預期風險及其他非預期政策改變事項需支用本預算。
16 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 ※決定事項： (1)持續檢討本計畫醫療利用情		1.114 年編列 1,928.1 百萬元，統計截至 114 年 4 月，申報 30.2 萬件、601.2 百萬點，較去年同期下降約 0.3 萬件(-1.1%)、6,100 萬點(-

工作項目	應完成時限	辦理情形
16 續 形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效 (2)為減少疥瘡等傳染病發生，請本部協助矯正機關加強改善衛生環境	114 年 7 月前	9.2%)，本署將持續監測醫療利用成長變化外，亦有就健康結果改善指標進行監測(如疥瘡藥物治療率)，未來亦將視需要納入計畫修訂參考。 2.本署已於 113.11.14 函請法務部矯正署協助加強改善矯正機關之衛生環境，以減少疥瘡等傳染病發生。
17 腎臟病照護及病人衛教計畫 ※決定事項： (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護 (2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率		114 年編列 500 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 1.本署於 113 年以家醫計畫為基礎，與代謝計畫、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案進行整合，另於 114 年精進相關費用支付方式，如透過個案管理費加成，鼓勵院所定期追蹤慢性病個案。並精進相關指標，追蹤收案會員之特定檢驗項目表現，鼓勵醫療群提升醫療照護品質。 2.本署分區業務組持續輔導院所積極參與計畫，擴大收案及管理照護，以提升照護率。
18 提升用藥品質之藥事照護計畫 ※決定事項：請加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效		114 年編列 30 百萬元，截至 114 年 4 月辦理情形如下： 114 年 1-4 月共申報約 123 萬點，參與藥局家數 541 家，參與藥師 661 人，總計服務 4,852 人次，1,902 人完成照護。
19 114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等 (114 年新增項目)		114 年編列 4,156 百萬元，截至 114 年 6 月辦理情形如下： 114.5.1 起調整下列支付標準： 1.急診診察費拆分為診察費及護理費，並調升支付點數 10%，及調

工作項目	應完成時限	辦理情形
19 繼 ※決定事項：用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點 0.95 元相關費用	114 年 7 月前	<p>升急診觀察床護理費支付點數 60%(11.01 億點)。</p> <p>2.急救責任醫院加護病房基本診療費用：重度級醫院比照醫學中心支付、中度級醫院比照區域醫院支付(6.06 億點)。</p> <p>3.離島地區急救責任醫院急診案件醫療服務點數加成：重度級醫院加計 50%、中度級醫院加計 30%、一般級醫院加計 10%(0.33 億點)。</p> <p>4.調升急性一般病床住院護理費支付點數 12%~16%(24.97 億點)。</p>

註：

- 1.★屬需於協商 115 年度總額前，提出替代效果，供 115 年度總額預算協商參考之項目。
- 2.114 年執行情形於本會 114 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 114 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 113 年執行情形)。



# 報告事項



## 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：114 年度各部門總額依核(決)定事項須提會報告之預算扣減方式規劃，請鑒察。

說明：

- 一、依衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨全民健康保險會 114 年度工作計畫辦理。
- 二、有關 114 年度各部門總額依核(決)定事項須提會報告之預算扣減方式規劃及本署辦理情形如下：

總額別項目	核(決)定事項	健保署研訂情形及內容
1.牙醫門診 - 牙醫特殊 醫療服務 計畫	依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。	本署建議扣減方式說明如下： 延續「113 年度牙特計畫與一般服務重複方式」之計算方式，扣減方式為「114 年申報牙特計畫醫療團服務其他具身心障礙證明者(特定治療項目代號 LT)，曾於 113 年一般服務申報之醫療費用(案件分類 19)點數」。
2.中醫門診 - 中醫慢性 腎臟病門 診加強照 護計畫	依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。	本署建議扣減方式說明如下： 1.計算「僅提供第二期以上慢性腎臟病病人之中醫一般服務院所平均中醫一般服務醫療費用」及「提供第二期以上慢性腎臟病病人中醫慢性腎臟病計畫及中醫一般服務之院所中，同時使用前開兩項服務者平均中醫一般服務醫療費用」之差額，並以同時使用兩項服務之病人數，計算中醫慢性腎臟病計畫於一般服務重

總額別項目	核(決)定事項	健保署研訂情形及內容
		<p>複部分之費用。</p> <p>2. 中全會建議因該項專款執行率超過 100%(113 年預算 105.3 百萬元，實際申報 121.3 百萬點)，故與一般服務重複部分建議不予以扣減。</p>

報告單位業務窗口：黃瓊萱科長，聯絡電話：02-27065866分機2665

成庭甄科長，聯絡電話：02-27065866分機3606

### 本會整理說明：

一、本案係健保署依據本(114)年度總額核定事項及本會年度工作計畫，提會報告 2 項專款項目與一般服務重複部分之「預算扣減方式規劃」。前述預算扣減之背景說明如下：

#### (一)各部門之健保總額依其屬性分為：

- 1.一般服務：係提供所有被保險人一般常規性的醫療服務，其預算均滾入總額基期。
- 2.專款項目：用於辦理特殊性、鼓勵性質的醫療服務，採零基預算每年另行編列專款。

(二)本於預算不重複編列的原則，若專款項目服務內容會有與一般服務重複者，不得重複支付相同服務之費用，故在核定事項均明定「於一般服務扣減與本項專款重複部分之費用」。

二、彙整健保署提報本案內容及相關補充說明供參(如附件，第 88~90 頁)，分項摘要如下：

#### (一)牙醫門診—牙醫特殊醫療服務計畫(下稱牙特計畫)

- 1.預算扣減之背景說明：本項計畫自 91 年起實施，服務對象為特定身心障礙者(主要為重度、中度以上身心障礙者)、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者等。113 年起擴大醫療團服務對象，納入其他具身心障礙證明者，新納入之服務對象，其醫療費用原係由一般服務支應，在 113 年納入專款後，其醫療費用

改由專款支應，故應於一般服務扣減預算。健保署在 113 年第 6 次委員會議提報「113 年度牙特計畫與一般服務重複或替代費用」之計算方式在案。

2. 健保署 114 年扣減方式規劃：依健保署報告，本次所提之扣減規劃，係延續 113 年之計算方式，將其他具身心障礙證明者原於一般服務支應費用予以扣除，尚屬合理。依據健保署召開牙醫門診總額 114 年第 1 次研商議事會議資料，該署以 113 年資料試算，與一般服務重複之費用約 74.4 萬點。本案建議尊重健保署扣減方式規劃，並循例於當年第 4 季結算時扣減。

## (二) 中醫門診—中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

1. 預算扣減之背景說明：本項專款計畫自 109 年起實施，專款計畫服務項目內含與一般服務重複之服務內容，包含：診察費、藥費、調劑費、針灸處置，在 114 年度總額核定事項明定「於一般服務扣減與本項專款重複部分之費用」。

2. 健保署 114 年扣減方式規劃：依健保署報告，本次所提之扣減規劃，係本項專款服務之院所中同時使用一般服務及本專款計畫服務之病人，扣減與專款計畫重複部分之一般服務費用，尚屬合理。依據健保署召開中醫門診總額 114 年第 2 次研商議事會議資料，該署以 113 年資料試算，與一般服務重複之費用約 409 萬點。本案建議尊重健保署扣減方式規劃，並循例於當年第 4 季結算時扣減。

三、本案之預算扣減方式執行結果，依 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)決定之辦理時程，需於 115 年 3 月委員會議提報本會，做為 116 年度總額協商參考。

決定：

附件、彙整「114 年度總額核定事項涉及預算扣減方式項目」健保署之處理規劃及本會補充與建議

協商項目	核定事項	健保署依核定事項之處理規劃	本會補充及建議
<b>牙醫門診</b>			
牙醫特殊醫療服務計畫(91年新增專款)	依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請議定後，於 114 年 7 月 提 本 會 報 告。	本署建議扣減方式說明如下：延續「113 年度牙特計畫與一般服務重複方式」之計算方式，扣減方式為「114 年申報牙特計畫醫療團服務其他具身心障礙證明者(特定治療項目代號 LT)，曾於 113 年一般服務申報之醫療費用(案件分類 19)點數」。	<p>1. 本項自 91 年起實施，服務對象為特定身心障礙者(主要為重度、中度以上身心障礙者)、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者等。113 年擴大醫療團服務對象，將不符合特定障別或障礙等級者，但持有身心障礙證明者(下稱其他具身心障礙證明者)納入專款支付範圍。</p> <p>2. 考量新納入之服務對象，其醫療費用原係由一般服務支應，在 113 年納入專款後，其醫療費用改由專款支應，故應於一般服務扣減預算。健保署在 113 年第 6 次委員會議提報「113 年度牙特計畫與一般服務重複或替代費用」之計算方式在案，為「113 年申報牙特計畫醫療團服務其他具身心障礙證明者(特定治療項目代號 LT)，曾於 112 年申報案件分類 19(屬一般服務)者」，其醫療費用應自一般服務中扣除。</p> <p><b>3. 114 年建議扣減方式：</b>左列健保署本次所提之扣減規劃，係延續 113 年之計算方式，將其他具身心障礙證明者原於一般服務支應費用予以扣除，尚屬合理。依據健保署召開牙醫門診總額 114 年第 1 次研商議事會議資料，該署以 113 年資料試算，與一般服務重複之費用約 74.4 萬點。<u>健保署建議扣減方式尚屬合理，建議尊重健保署處理規劃。</u></p> <p><b>4. 有關扣減期程，</b>健保署尚未提出規劃，建議循往例，於當年第 4</p>

協商項目	核定事項	健保署依核定事項之處理規劃	本會補充及建議
			<p><u>季結算時扣減。</u></p> <p>5. 依 114 年第 1 次委員會議 (114.3.26) 決定之辦理時程，請健保署於 115 年 3 月委員會議提報扣減結果。</p>
<b>中醫門診</b>			
中醫慢性腎臟病門診加強計畫(109年新增專款)	依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請議定後，於 114 年 7 月提本會報告。	<p>本署建議扣減方式說明如下：</p> <p>1. 計算「僅提供第二期以上慢性腎臟病病人之中醫一般服務院所平均中醫一般服務醫療費用」及「提供第二期以上慢性腎臟病病人中醫慢性腎臟病計畫及中醫一般服務之院所中，同時使用前開兩項服務者平均中醫一般服務醫療費用」之差額，並以同時使用兩項服務之病人數，計算中醫慢性腎臟病計畫於一般服務重複部分之費用。</p> <p>2. 中全會建議因該項專款執行率超過 100%(113 年預算 105.3 百萬元，實際申報 121.3 百萬點)，故與一般服務重複部分建議不予扣減。</p>	<p>1. 本項為 109 年起新增計畫，其服務項目內含與一般服務重複之服務內容，包含：診察費、藥費、調劑費、針灸處置，在 114 年度總額核定事項明定「於一般服務扣減與本項專款重複部分之費用」。</p> <p><b>2. 114 年建議扣減方式：</b>左列健保署本次所提之扣減規劃，係本項專款服務之院所中同時使用一般服務及本專款計畫服務之病人，扣減與專款計畫重複部分之一般服務費用，尚屬合理。依據健保署召開中醫門診總額 114 年第 2 次研商議事會議資料，該署以 113 年資料試算，與一般服務重複部分之費用為 409 萬點。<b>健保署建議扣減方式尚屬合理，建議尊重健保署處理規劃。</b></p> <p><b>3. 有關扣減期程，健保署尚未提出規劃，建議循往例，於當年第 4 季結算時扣減。</b></p> <p>4. 依 114 年第 1 次委員會議 (114.3.26) 決定之辦理時程，請健保署於 115 年 3 月委員會議提報扣減結果。</p> <p>5. 有關中全會建議不扣減，本會補充說明如下：</p> <p><b>(1) 114 年度總額核定事項明訂</b>，於一般服務須扣減與本項重複部分之費用。所提不扣減之建議與核定事項不符，<b>請依核定事項辦理扣減事宜。</b></p>

協商項目	核定事項	健保署依核定事項之處理規劃	本會補充及建議
			<p>(2)為利委員討論，已請健保署提供慢性腎臟病病人於中醫門診一般服務與本專款計畫醫療利用相關數據及該署對中全會建議不扣減之看法供參(資料後附)。</p> <p>(3)本項扣減核定事項，旨在避免專款與一般服務費用重複支應，未來總額協商，可考量比照醫院、西醫基層總額「醫療給付改善方案」，及中醫門診總額「照護機構中醫醫療照護方案」，將一般服務已涵蓋之服務(診察費、藥費、針灸處置)移列一般服務，專款則編列疾病管理照護費、品質績效獎勵等費用，以避免預算重複編列問題。</p>

## 第二案

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門 113 年度執行成果評核結果及評核建議，請鑒察。  
(資料後附)

### 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提會報告之項目，請鑒察。

說明：

- 一、依衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨全民健康保險會 114 年度工作計畫辦理。
- 二、有關 114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提會報告之 4 項項目及本署辦理情形如下：

總額別/項目	核(決)定事項	辦理情形
1.醫院—鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向。於 114 年 7 月前提出報告。	為規劃未來 Tw-DRGs 支付制度推動方向，本署已與台灣醫院協會共同組成工作小組，預計於 114年下半年召開至少 6 次工作小組會議，重要工作事項包含 DRG 分類編碼之合適性、擴大導入 DRG 之可行性、DRG 項目可移至門診實施之支付方案等。
2.中醫門診—中醫急症處置	持續檢討計畫執行情形及成效，於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。(本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場)	114 年 1~4 月中醫急症處置計畫申報人數為 1,400 人、件數為 1,510 件、申報費用為 5 百萬點，相較於 113 年同期，分別增加 177%、133%、187%。
3.其他預算—提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。	1.醫療利用：統計 114 年 1~4 月申報資料，因第 5 期計畫剛開始，部分承作團隊合作院所間略有異動，故醫療利用相較去年同期稍降趨勢，114 年 1~4 月申報 30.2 萬件、601.2 百萬點，較去年同期下降約 0.3 萬件(-1.1%)、61 百萬點(-9.2%)，本署將持續監測醫療利用情形。

總額別/項目	核(決)定事項	辦理情形
		2.照護品質評估指標：計畫訂有「疥瘡盛行率」與「急診就醫率」之照護指標，且自 114 年起，增加「C 肝全口服抗病毒藥物治療率」指標，本署將持續監測指標變動情形。
4.其他預算一推動促進醫療體系整合計畫之「急性後期整合照護計畫」	擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。	為完善規劃「社區型急性後期整合照護服務模式」，本署刻正廣泛蒐集意見暨邀集專家研商，業於 114 年 6 月 25 日函請健保會同意延後報告時程。

報告單位業務窗口：成庭甄科長，聯絡電話：02-27065866分機3606

黃怡娟科長，聯絡電話：02-27065866分機2636

王智廣科長，聯絡電話：02-27065866分機3609

#### 本會整理說明：

本案係健保署依 114 年度總額核(決)事項，於本年 7 月前，就 4 項已實施多年之專款項目，提本會報告其執行情形檢討及未來精進規劃，分項說明如下，另彙整健保署提供之歷年執行情形資料供參(詳參考資料一~三，第 96~99 頁)：

#### 一、鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：114 年專款預算 2.1 億元。

(一)背景說明：本項自 98 年度起每年於醫院總額專款項目編列預算，用於導入 DRGs 項目。有別於現行論量計酬支付方式，DRG 支付制度是一種包裹支付方式，針對特定疾病住院病人採定額支付，其以病患的診斷、手術或處置、有無合併症...等條件分成不同群組，事先訂定各群組的包裹支付點數，旨在提升病人照護品質及醫療效率。

(二)歷年推動情形摘要(詳參考資料一，第 96 頁)：DRGs 分別於 99 年及 103 年導入第 1、2 階段，第 3~5 階段尚未導入，亦即自 104 年起，歷年本專款計畫預算執行率為 0%。惟第 1、2 階段

導入之 DRGs 項目，在 3 日內再急診率、14 日內再住院率、住院日數、轉院率等，均較未實施 DRGs 項目佳。依據核(決)定事項及近年評核委員所提建議，均希健保署積極朝建立論病例、論質、包裹式等以價值為導向之支付制度努力。

## 二、中醫急症處置：114 年專款預算 1 千萬元。

(一)背景說明：本項目自 107 年度起每年於中醫門診總額專款項目編列預算，針對急診常見病症，藉由中醫介入處置，期能減輕急診滯留。經 113 年評核委員建議各總額部門專款項目應有上限，且在試辦一段期間後，應檢討納入一般服務執行或予以退場，尤其對於部分專款計畫執行不佳且效益不明，試辦多年仍未能確認其定位，建議積極檢討。爰於本專款計畫 114 年度總額核定事項明訂，請健保署及中醫門診總額承辦團體持續檢討計畫執行情形及成效，且再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。

(二)歷年推動情形摘要(詳參考資料二，第 97~98 頁)：

### 1. 預算及服務執行情形摘要如下：

項目\年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元)	10.0	10.0	5.0	5.0	10.0
預算執行數(百萬元)	1.1	2.0	1.5	3.4	7.3
預算執行率	10.7%	19.9%	30.6%	67.7%	72.7%
申報點數(百萬點)	1.1	2.0	1.5	5.4	7.3
執行院所數	14	11	9	12	9
服務人數	644	1,102	768	2,708	2,129
服務人次	735	1,629	1,009	3,011	2,388

2. 有關總額核定事項之計畫執行情形，已請辦健保署補充說明本計畫是否有呈現具體成效(資料後附)。

## 三、提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：114 年專款預算 19.281 億元。

(一)背景說明：本計畫自 103 年度起每年於其他預算編列預算，用於鼓勵院所至矯正機關提供醫療服務。113 年評核委員建請健保署分析門診次數成長合理性、監測醫療利用率，並訂定成效

指標。爰於 114 年度總額決定事項明訂，請健保署持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效。

(二)歷年推動情形摘要(詳參考資料三，第 99 頁):本計畫於 109~111 年疫情期間服務人次下降，112~113 年服務人次上升，依健保署所提辦理情形說明，114 年 1~4 月醫療利用相較去年同期略降(申報 30.2 萬件、601.2 百萬點，較去年同期下降約 0.3 萬件 (-1.1%)、61 百萬點(-9.2%))；另計畫已訂有「疥瘡盛行率」、「急診就醫率」、「C 肝全口服抗病毒藥物治療率」等 3 項照護品質指標，未來該署將持續監測醫療利用及品質指標變動情形。

四、推動促進醫療體系整合計畫之「急性後期整合照護計畫」：  
健保署刻正研議規劃討論中，已函請本會同意延後報告時程。  
請健保署儘速研議完成後，提報本會最近 1 次委員會議。

決定：

## 參考資料一

### 住院診斷關聯群(DRGs)之推動情形與成效

非計畫型-自98年起實施

#### 一、推動情形

項目	年度	98	99	100	101、 102	103	104	105	106	107	108、 109	110~ 114
預算數(億元)		3.00	3.00	3.00	3.87	6.67	2.80	11.14	3.00	10.88	8.68	2.10
實際導入項目(項)				164			237					
導入項目占DRG費用比					28.6%			7.6%				
導入項目占住院費用比						16.7%		4.3%				

註：99年與103年分別導入第1與2階段，並於導入隔年於一般服務編列預算。

#### 二、推動成效

項目	年度	已實施DRGs					未實施DRGs				
		109	110	111	112	113	109	110	111	112	113
3日內再急診率		1.9%	1.9%	1.8%	2.0%	2.0%	3.7%	3.8%	3.2%	3.8%	3.8%
14日內再住院率		3.8%	3.6%	3.4%	3.5%	3.5%	14.9%	14.2%	10.9%	13.2%	13.2%
住院日數		3.9	3.9	3.8	3.8	3.8	11.7	12.7	11.0	11.5	11.5
轉院率		0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.7%	2.9%	2.6%	2.0%	2.5%	2.4%
急性心肌梗塞病人出院後30日內死亡率		9.3%	9.8%	9.9%	9.7%	9.4%	急性心肌梗塞已導入DRGs				

## 參考資料二

### 中醫急症處置執行情形

計畫型-自107年起實施(113年增加預算>20%)

項目	年度	109	110	111	112	113
<b>中醫急症處置</b>						
預算數(百萬元)		10.0	10.0	5.0	5.0	10.0
預算執行數(百萬元)		1.1	2.0	1.5	3.4	7.3
預算執行率		10.7%	19.9%	30.6%	67.7%	72.7%
申報點數(百萬點)		1.1	2.0	1.5	5.4	7.3
執行院所數		14	11	9	12	9
服務人數		644	1,102	768	2,708	2,129
服務人次		735	1,629	1,009	3,011	2,388
<b>總額協定事項之執行情形(113年)<sup>註5</sup></b>						
<b>執行目標：</b>						
--參與院所數7家		...	...	...	...	7
--服務人數4,000人		...	...	...	...	4,000
<b>執行數</b>						
--參與院所數		...	...	...	...	9
--服務人數		...	...	...	...	2,129
<b>目標達成率</b>						
--參與院所數		...	...	...	...	129%
--服務人數		...	...	...	...	53%
<b>預期效益之評估指標：</b>						
依本計畫所訂各類疾病適應症使用之相關量表等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善 <sup>註6</sup>						
<b>1. 視覺類比量表 (VAS)：(中全會提供)</b>						
-眩暈(樣本數)		...	...	...	702	791
-前測平均		...	...	...	6.7	5.4
-後測平均		...	...	...	3.2	2.3
-改善情形		...	...	...	<0.0001*	<0.0001*
-急腹症(樣本數)		...	...	...	103	91
-前測平均		...	...	...	5.9	5.5
-後測平均		...	...	...	3.3	2.8
-改善情形		...	...	...	<0.0001*	<0.0001*
-經痛(樣本數)		...	...	...	5	8
-前測平均		...	...	...	6.4	3.6
-後測平均		...	...	...	2.4	2.3
-改善情形		...	...	...	0.0009*	0.0452*
-偏頭痛(樣本數)		...	...	...	19	21
-前測平均		...	...	...	5.8	5.7
-後測平均		...	...	...	3.4	2.9
-改善情形		...	...	...	<0.0001*	<0.0001*

-癌症疼痛(樣本數)	...	...	...	23	23
-前測平均	...	...	...	6.2	5.8
-後測平均	...	...	...	4.0	3.3
-改善情形	...	...	...	<0.0001*	<0.0001*
-骨骼、關節相關疼痛(樣本數)	...	...	...	150	131
-前測平均	...	...	...	6.2	6.0
-後測平均	...	...	...	3.6	2.0
-改善情形	...	...	...	<0.0001*	<0.0001*
2.數字等級量表(NRS)：(中全會提供)					
-胸悶、胸痛、心悸(樣本數)	...	...	...	195	581
-前測平均	...	...	...	5.6	6.1
-後測平均	...	...	...	3.6	3.2
-改善情形	...	...	...	<0.0001*	<0.0001*
3.現在疼痛狀況(PPI)：(中全會提供)					
-軟組織疼痛(樣本數)	...	...	...	520	396
-前測平均	...	...	...	2.9	2.5
-後測平均	...	...	...	1.8	1.4
-改善情形	...	...	...	<0.0001*	<0.0001*
<b>關鍵績效指標(自選3項)</b>					
預算執行率	10.7%	19.9%	30.6%	67.7%	72.7%
平均每人就醫次數	1.1	1.5	1.3	1.1	1.1
服務人數(收案數)	644	1,102	768	2,708	2,129

註：1.109年總額協定事項：請依實證醫學，訂定有效之醫療指標與獎勵誘因。

2.110年總額協定事項：請檢討計畫執行情形及辦理方式，以提升執行成效。

3.111年總額協定事項：請提出強化利用率之策略，並檢討計畫執行情形，考量是否持續辦理。

4.112年總額協定事項：請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦理。

5.113年總額協定事項：

(1)113年執行目標及預期效益之評估指標如上表。

(2)訂定結果面成效指標，檢討執行情效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理。

6.上開評估指標112、113年數據，摘錄自中全會執行成果報告提供，上開3指標，指標範圍皆為1~10，分數較低者為佳，改善情形以是否達顯著差異( $p<0.05$ )表示。

7.114年總額協定事項：

(1)持續檢討計畫執行情形及成效。

(2)本計畫再試辦1年，若未呈現具體成效則應退場。

### 參考資料三

#### 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫執行情形

計畫型-自102年起實施

項目	年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元)		1,653.8	1,653.8	1,653.8	1,653.8	1,653.8
執行數(百萬元)		1,442.3	1,366.8	1,420.3	1,582.9	1,653.8
預算執行率		87.2%	82.6%	85.9%	95.7%	100.0%
參與院所數		111	111	114	115	125
--醫院		71	71	66	66	71
--西醫診所		20	20	26	28	33
--中醫診所		2	2	3	3	2
--牙醫診所		18	18	19	18	19
服務診次						
--實體門診診次						
--西醫		26,115	24,508	27,495	27,282	26,670
--牙醫		5,634	4,852	5,394	5,437	5,565
--中醫		547	455	597	598	579
收容人數		60,655	56,696	56,658	57,546	59,956
服務人數						
--監內門診		81,184	72,477	78,795	82,186	84,389
--住院		4,931	4,036	4,211	5,071	5,388
--戒護就醫		12,244	9,319	8,805	10,799	12,133
服務人次						
--監內門診		803,322	666,288	779,541	847,247	918,041
--住院		6,933	5,555	5,968	7,330	7,794
--戒護就醫		31,164	21,232	20,028	25,377	28,705
申請點數(百萬點)						
--監內門診		1,532.3	1,279.1	1,248.5	1,296.6	1,417.5
--住院		357.0	293.7	334.2	409.0	436.5
--戒護就醫		171.6	116.2	119.8	131.2	141.6
戒護門診(含急診)就醫人次占門診總人次比率		3.7%	3.1%	2.6%	2.9%	3.0%
平均每就醫人就醫次數						
--監內門診		9.9	9.2	9.9	10.3	10.9
--住院		1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
--戒護門診(含急診)		2.5	2.3	2.3	2.3	2.4
平均每就醫人就醫醫療點數						
--監內門診		18,874	17,648	15,845	15,777	16,798
--住院		72,404	72,771	79,360	80,660	81,010
--戒護門診(含急診)		14,017	12,473	13,604	12,153	11,667
收容對象平均每人醫療費用						
--監內門診		25,262	22,560	22,036	22,532	23,643
--住院		5,886	5,180	5,898	7,108	7,280
--戒護就醫		2,830	2,050	2,114	2,316	2,361
急診就醫率		0.92%	0.86%	0.76%	0.97%	1.05%
關鍵績效指標(自選3項)						
1. 每人每年門診次數≤15之矯正機關達成數		33	34	30	21	21
2. 監內西醫門診(排除透析)每診人次≤50之矯正機關達成數		53	53	53	49	52
3. 收容人滿意度-滿意以上(對矯正機關內門診服務的整體感覺)		76%	75%	79%	81%	80%

資料來源：中央健康保險署

註：1.各年收容人數為每月月底收容人數均數。

2.門診、戒護就醫之服務人次及申請點數包含透析。

#### 第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：精進「急診品質提升方案」執行內容(以解決急診壅塞為目標及增訂壅塞無法達標之處理方式)專案報告，請鑒察。(資料後附)

## 第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：114 年 6 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會整理說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 114 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月併同委員會議資料寄送委員，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、另健保署業務執行報告電子檔已置於該署網頁(健保署首頁 > 健保資料站 > 健保業務報告 > 健保業務執行報告 > 衛生福利部中央健康保險署業務執行報告，網址：<https://gov.tw/XJC>)。

決定：



# 附錄



抄本

檔 號： 附錄一  
保存年限：

## 衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：盛培珠  
聯絡電話：(02)8590-6877  
傳真：無  
電子郵件：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年7月2日  
發文字號：衛部健字第1143360097號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：1. 115年度總額協商程序；2. 115年度總額協商架構及原則；3. 115年度健保政策規劃目標

主旨：檢送本會議定之「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」（如附件1），敬請貴會（署）配合辦理各項總額協商作業，請查照。

說明：

- 一、依本會第7屆114年第4次委員會議(114.6.25)決議辦理。
- 二、旨揭協商程序內容原則大多援往例辦理，其中訂於8月20日召開「115年度總額協商因素項目及計畫草案會前會」（下稱協商會前會），請貴會（署）依預定期程及早規劃，並配合辦理下列事項：

- (一)請於本年8月12日前，依附件1協商程序壹、工作計畫表一、(四)1.(1)提出完整之「115年度總額協商因素項目及計畫草案」（下稱協商草案），包含各協商項目或計畫之具體內容（格式如附件1之附表1），並填具自行檢核表（如附

件1之附表2)，逐項檢視提報資料齊全完備後送本會。

(二)在本年8月20日召開協商會前會後，請務必如期於本年8月28日前，提送協商草案之最終版本(格式如附件1之附表1)，並再次依自行檢核表(如附件1之附表2)確認資料之完整性，俾利協商，且送會後不可臨時提出新增項目或更動內容。

(三)訂於本年9月24日(星期三)召開協商會議，將依本會7月份委員會議抽籤決定之協商順序及時段進行，預計於當天晚上8時50分結束。若有協商未盡事宜，在協商雙方代表共識下，得於9月25日(星期四)上午繼續協商，並於9月26日(星期五)上午召開第7次委員會議確認協商結論。

(四)另請於本年10月7日前提送地區預算分配之建議方案，俾能於10月份委員會議討論。倘未如期提送建議方案者，則由本會掣案逕提11月份委員會議討論，以能依法於年底前完成協定。

三、另檢附114年第4次委員會議通過之「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」(如附件2)，其中總額設定公式及醫療服務成本及人口因素之附件暫列，將依衛生福利部交議總額範圍內容再行定案，並摘錄衛生福利部函報行政院「115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」之健保政策規劃目標及其預算分配(如附件3)，請貴會

(署)納為協商草案擬案之參考。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部中央健康保險署  
副本：衛生福利部(含附件)

檔 號：

附錄二

保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號  
聯絡人：侯雅婷  
聯絡電話：02-27065866 分機：2676  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A111175@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年6月25日  
發文字號：健保醫字第1140662922號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無

主旨：原訂114年7月前提貴會報告「擴大辦理並持續精進急性後期整合照護計畫之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃」案，建請同意另擇期報告，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式辦理。
- 二、為完善規劃「社區型急性後期整合照護服務模式」，本署刻正廣泛蒐集意見暨邀集專家研商，懇請同意延後報告時程。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署企劃組

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：李洵瑋  
聯絡電話：(02)8590-6779  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgsunwei@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年6月20日  
發文字號：衛部保字第1140125283號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：所報「114年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，同意辦理，復請查照。

說明：

- 一、復貴署114年6月12日健保醫字第1140662694號函。
- 二、經核所報方案內容業經全民健康保險會（下稱健保會）第7屆114年第1次委員會議討論，且由貴署依會議決議參考委員意見及參酌過去執行情形修正，同意照辦。
- 三、各年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之提報，請斟酌規劃時程，俾按健保會排定時程辦理，並於年度開始即得據以執行。

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：本部全民健康保險會

114.06.20



114CC00472

# 114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案

## 壹、依據

依全民健康保險法(以下稱健保法)第 72 條規定：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定」。

## 貳、說明

全民健康保險(以下稱全民健保)自全面實施總額支付制度以來，每年醫療費用控制在總額成長幅度以下，宏觀面已達費用管控目的；在微觀管控面，對於全民健保可能衍伸之醫療浪費，如看病多、拿藥多、檢查多等議題，希望保險人能積極提出良好改善對策，因此於健保法第 72 條訂定保險人每年擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。

資源不當耗用，包括無效醫療及非必要醫療，常見之無效醫療為生命末期或病人處於不可逆狀態下施行之過度的醫療，徒增病人痛苦且療效不彰，惟醫療處置當下有其不確定性，臨終前的治療處置亦涉及倫理道德層面的考量，並不適合以行政手段進行管控，故本方案就末期病人之醫療，係以積極推動安寧療護為管理策略，除避免資源不當耗用外，亦保障病人醫療自主及臨終的尊嚴。

而非必要醫療則為本方案的主要管控目標，經分析可能造成醫療浪費之成因，包括：總額支付制度下論量計酬之誘因，致特約醫事機構提供保險對象過多醫療照護；醫療提供者採防禦性之醫療，增加不必要的高科技醫療檢查及治療；保險對象就醫資訊傳遞未暢通，易造成就醫後重複用藥、檢驗(查)與處置的問題；就醫可近性高，少數病患有高診次就醫問題；照護體系及院所間未建立成熟之病人轉銜系統，造成整體就醫屬片斷醫療等。

綜整前述非必要醫療行為的可能原因，本方案從合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜及促進醫療資源合理使用等三面向，擬訂對應管理策略，包括：健保資源宣導、強化自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、加強審查與查核機制、減少不必要的醫療利

用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等規劃藍圖，並列為每年持續推動改革之策略。

## 參、實施目的

降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用，保障保險對象就醫權益，執行本方案所撙節之非必要醫療費用支出，亦將回歸健保總額，保障全民健康保險之永續經營。

## 肆、實施期間

本方案施行期間自 114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止，執行期間將視方案特性、複雜度與執行情形，必要時將延長實施年限。

## 伍、實施策略及方法

本方案實施內容，包括導正就醫觀念及行為、鼓勵下載健康存摺強化自我照護能力；保險人持續推動分級醫療、精準審查及強化違規查處機制；醫事服務機構則運用雲端資料庫、避免重複檢驗(查)、用藥及治療，加強疾病管理及強化院所間之合作機制等，主要策略及方法如下：

### 一、合理使用保險權益

#### (一)強化自我照護能力

1.策略：提供視覺化就醫資料及與相關衛教資訊連結，強化保險對象自我照護能力。

2.方法：持續精進「健康存摺 2.0」，並追蹤全民健保行動快易通|健康存摺APP登錄人次及使用健康存摺管理自身健康的人次，幫助保險對象即時、便利地掌握個人健康大小事，做好自我健康照顧及管理。

#### (二)正確就醫觀念及行為

1.策略：導正就醫觀念及行為，整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，促使合理使用保險權益。

2.方法：

(1)以門診就醫次數 $\geq 90$  次/年及各季 $\geq 40$  次者為對象，依標準作業程序強化其正確就醫觀念及行為，包括寄發關懷函表達關心，提供諮詢電話，對不易接觸(失聯)者以限制全民健康保險憑證(以下稱健保卡)更新地點，取得衛教輔導之機會。另針對高診次

保險對象，若經專業認定確有浮濫就醫者，則指定院所就醫；被指定就醫者，至非指定院所就醫，除情況緊急，否則不予給付。

(2)持續推動分級醫療，除壯大基層與擴大社區醫療群服務量能與品質外，並逐步導引區域級(含)以上醫院下轉案件以減少輕症服務，以達到醫療分工及合作目的。

## 二、鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務

### (一)持續推動分級醫療

- 1.策略：落實轉診及出院準備服務，導引醫院減少輕症服務。
- 2.方法：精進轉診資訊交換平台、建立轉診支付誘因、強化居家醫療及醫院出院準備之追蹤服務。

### (二)增進院所之合作機制

- 1.策略：透過轉銜出院後之照護，個案參加居家醫療照護整合計畫後，由照護團隊提供個案訪視服務等，增加就醫可近性與醫療需求整合。
- 2.方法：提供以病人為中心之轉介照護及透過照護團隊提供病人整合性之全人照護等，確保照護之連續性與協調性。

## 三、善用醫療資源及合理使用

### (一)減少重複醫療利用：

- 1.策略：藉由健保醫療資訊系統之查詢，降低病患重複處方用藥、檢驗(查)、治療處置，提升病患就醫安全及減少重複醫療利用。

#### 2.方法：

- (1)監控全藥類藥品重複用藥日數下降率。
- (2)監控 10 項重點檢驗、檢查等合理區間內之再次執行下降比率，包含CT、MRI、正子造影、腹部超音波、超音波心臟圖、低密度脂蛋白—膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖、大腸鏡檢查、胃鏡(上消化道泛內視鏡檢查)、全套血液檢查。
- (3)西醫門診復健異常案件管控。

### (二)尊重醫療自主，保障善終權益

- 1.策略：透過居家安寧療護團隊在宅提供安寧臨終個案完整照護服務，並達在宅善終之目標。

2.方法：觀察居家安寧照護對象於死亡前 14 日之住院情形。

### (三)持續推動疾病管理

1.策略：推動有助提升醫療照護效率及品質之支付制度，持續降低可避免住院率，並針對住院案件，監控出院後使用急診醫療利用情形，以追蹤住院期間照護品質。

2.方法：

(1)推動各項論質支付項目，如：糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調、B型及C肝炎個案追蹤、孕產婦、早期療育、慢性阻塞性肺病、慢性腎臟病(含初期及末期)等。

(2)監控全體住院案件出院後 3 日內急診比率。

### (四)強化違規查處機制

1.策略：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

2.方法：

(1)落實一般違規案件之訪查。

(2)規劃辦理全國性費用申報異常查核專案。

(3)配合檢警調查辦重大與集團性詐領健保案件。

## 陸、預期效益

一、透過落實醫療知情權，加強保險對象正確就醫觀念及行為。

二、經由持續推動分級醫療政策、精進轉診平台及雲端醫療資訊之使用等，促使醫療資源使用更有效率。

三、減少不必要的檢驗(查)、提供有品質的臨終照護，加強疾病管理、增進院所間之合作機制，降低保險對象重複就醫情形，提升就醫安全與品質，增進醫療連續性，使病患獲得適切之醫療服務，促進民眾健康。

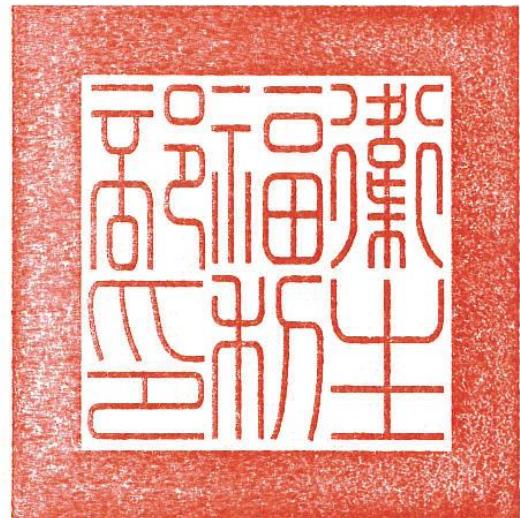
附表 114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案管控項目及目標值

構面	策略	管控項目	114 年目標值
合理使用保險權益	強化自我照護能力	1.全民健保行動快易通/健康存摺 APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率	>5%
		2.年度健康存摺使用人次增加率	≥7%
		3.門診就醫次數全年大於 90 次之 保險對象就醫次數下降率	≥18%
		4.基層與地區醫院門診占整體件 數之占率	≥74.2%
		5.非同體系區域級以上醫院下轉 (含回轉)件數	≥63,486
	鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	6.接受出院準備服務個案之後續 醫療銜接率	≥30.8%
		7.收案後居家醫療整合照護對象 平均每人每月門診就醫次數較 收案前減少	<0 次
		8.與長照 2.0 之銜接率	≥58.9%
		9.照護機構由同一醫療院所提供的 醫療及長照比率	≥80%
		10.全藥類藥品重複用藥日數下降 率	≥8%
善用醫療資源合理使用	減少重複醫療利用	11.門診 10 項重點檢查(驗)非合理 區間內再次執行下降率	≥4%
		12.西醫門診年復健次數>180 次 異常件數成長率零成長	≤0%
	強化違規查處機制	13.違規院所訪查家次	≥465
		14.居家安寧照護對象在宅善終比 率較前一年成長	>1%
		15.西醫門診病人可避免住院率	≤1.26%
	持續推動疾病管理	16.住院案件出院後 3 日以內急診 率	≤2.48%

衛生福利部 公告

裝

發文日期：中華民國114年7月7日  
發文字號：衛部保字第1141260306號  
附件：全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案附表一



主旨：公告修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表一。

訂

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部社會保險司(均含附件)

部長 邱泰源

線

附錄五

檔 號：  
保存年限：

副本

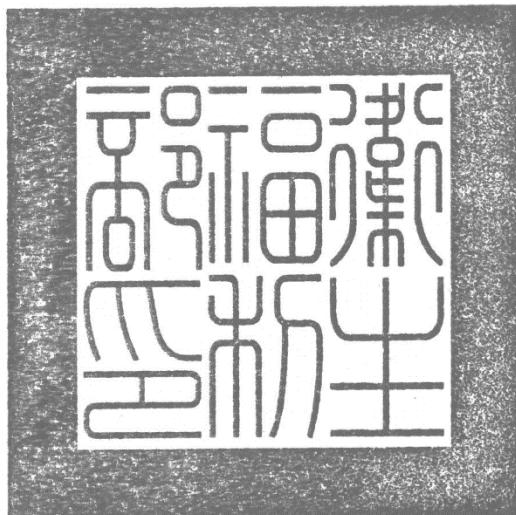
衛生福利部 公告

11558  
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓



受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年7月9日  
發文字號：衛部保字第1141260304號  
附件：全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案表一及表三



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」  
表一及表三。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部社會保險司(均含附件)

部長 邱泰源

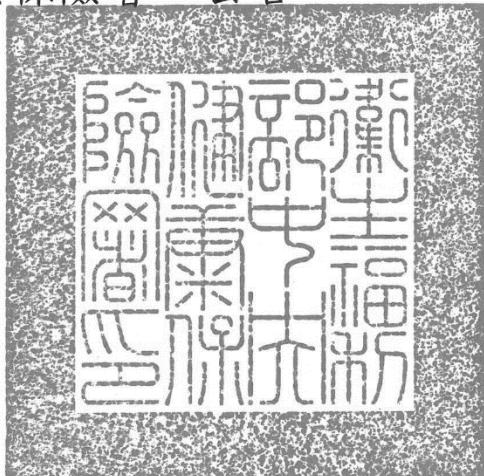
附錄六

檔 號：  
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204 |  2  
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年7月1日  
發文字號：健保醫字第1140663179號  
附件：請至本署全球資訊網公告欄截取

主旨：公告修訂「114年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，並自114年1月1日起生效。

依據：114年5月27日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額114年第2次研商議事會議紀錄。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

署長 石宗良

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300164

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年7月4日

發文字號：健保醫字第1140663234號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取

農



主旨：修訂全民健康保險醫院醫療給付費用總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫(附件)。

依據：本署114年5月28日全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第2次研商議事會議紀錄。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長 石宗良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300165

副本

檔 號：  
保存年限：

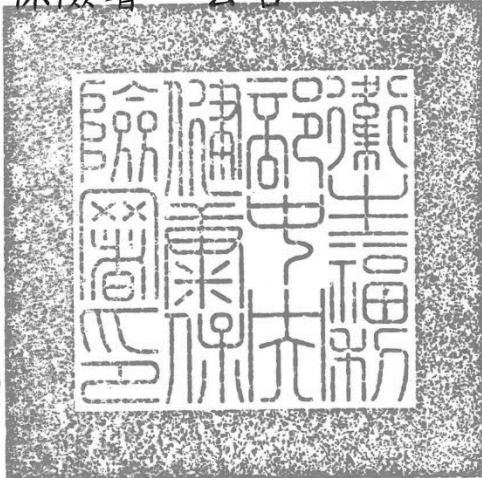
## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



46

臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年7月9日

發文字號：健保醫字第1140114716號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

主旨：公告修正「114年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」（附件）。

依據：114年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案及衛生福利部114年7月3日衛部保字第1141260299號函。

公告事項：旨揭方案修正自114年7月1日生效。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300166

副本

檔 號： 附錄七  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



24

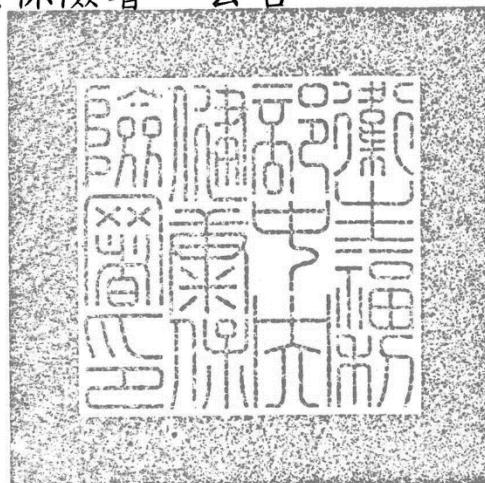
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年6月26日

發文字號：健保醫字第1140663143號

附件：請至本署全球資訊網公告區下載



主旨：公告修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」。

依據：全民健康保險法第61條規定暨全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點。

公告事項：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(附件)，已置於本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額研商議事會議會議議程，請自行擷取。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華牙醫學會、中華民國醫院牙科協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、本署資訊組、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署署長室、本署陳副署長室

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300161

副本

檔 號： 附錄八  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年6月11日

發文字號：健保醫字第1140662742號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告114年6月起新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自114年6月1日起。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部全民健康保險會、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

線

署長 石崇良



第1頁 共1頁

114.6.12

## 附錄九

6項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自 114 年 6 月 1 日起新增之承作院所數及醫師數

分區別 計畫名稱		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫(腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛)	院所數	0	1	0	1	0	0	2	
	醫師數	0	1	0	1	0	0	2	
中醫提升孕產照護品質計畫	院所數	0	5	4	2	0	1	12	
	醫師數	0	5	6	2	0	3	16	
中醫癌症患者加強照護整合方案	癌 症 病 人 西 醫 住 院 中 醫 輔 助 醫 療 計 畫	院所數	0	1	0	0	0	0	1
	醫 師 數	0	1	0	0	0	0	1	
癌 症 病 人 中 醫 門 診 延 長 照 護 計 畫	院所數	0	1	0	0	0	0	1	
	醫 師 數	0	1	0	0	0	0	1	
特 定 癌 症 病 人 中 醫 門 診 加 強 照 護 計 畫	院所數	2	2	7	0	0	1	12	
	醫 師 數	2	2	12	0	0	1	17	
全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	院所數	2	2	4	0	1	1	10	
	醫 師 數	2	2	5	0	1	1	11	

# 衛生福利部全民健康保險會

## 第7屆 114年第5次委員會議補充資料目錄

會議時間：114年7月23日

### 一、本會重要業務報告

更新：說明六之(一)附件(會議資料第52、66頁) ----- 1

### 二、報告事項

- (一)第一案「114 年度各部門總額依核(決)定事項須提會報告之預算扣減方式規劃」更新附件之中醫門診本會補充及建議 5.(2)(會議資料第 90 頁)----- 3
- (二)第二案「各總額部門 113 年度執行成果評核結果及評核建議」(會議資料第 91 頁)----- 7
- (三)第三案「114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提會報告之項目」本會整理說明二(二)之 2.(會議資料第 94 頁)--- 30
- (四)第四案「精進『急診品質提升方案』執行內容(以解決急診壅塞為目標及增訂壅塞無法達標之處理方式)專案報告」(會議資料第 100 頁)----- 31



## (會議資料第 52、66 頁)

### 四、本會重要業務報告

更新說明六之(一)附件：健保署更新醫院總額及西醫基層總額之  
「精神科長效針劑藥費」辦理情形(更新如劃線處)

.....  
附件

### 114年度各部門總額核(決)定事項辦理情形(節錄)

#### 114年度各部門總額應於114年7月前完成之協定事項辦理情形

##### 三、醫院總額(會議資料第52頁)

工作項目	應完成時限	辦理情形
提報本會執行情形(114年初步結果/成果) <sup>註</sup>		
40 精神科長效針劑藥費  ※決定事項：評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用	114年7月前	<p><u>1.114年編列3,006百萬元，截至114年3月，預估執行623.36百萬元，預估執行率20.74%。</u></p> <p><u>2.113年思覺失調症照護率較112年增加0.4%，思覺失調醫療給付改善方案品質指標12項，高風險病人達標5項，達標率41.7%(5/12)；未達標7項中「社區關懷訪視共訪比率」雖未達成目標值100%，惟113年70.56%較112年40.91%大幅提升；另「因轉診結案且後續無就醫比率」因113年及112年均為0%，爰113年未較上年度減少，本署將持續推動本方案，鼓勵院所提高思覺失調症之醫療照護品質。</u></p> <p><b>【本會補充說明：依協定事項，提報內容請含<u>替代效果及執行效益及照護成效指標</u>】</b></p>

註：

- 1.★屬需於協商115年度總額前，提出預算規劃與預估內容，或提出節流效益並納入115年度總額預算財源之項目。
- 2.114年執行情形於本會114年7月份委員會議提報，延續性項目於114年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含113年執行情形)。

四、西醫基層總額(會議資料第66頁)

工作項目	應完成 時限	辦理情形
提報本會執行情形(114年初步結果/成果) <sup>註</sup>		
40 精神科長效針劑藥費  ※決定事項：積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益	114年7月前	<p>1.114年編列100百萬元，截至114年3月預估執行13.79百萬元，預估執行率13.79%。</p> <p>2.113年思覺失調症照護率較112年增加0.4%，思覺失調醫療給付改善方案品質指標12項，高風險病人達標5項，達標率41.7%(5/12)；未達標7項中「社區關懷訪視共訪比率」雖未達成目標值100%，惟113年70.56%較112年40.91%大幅提升；另「因轉診結案且後續無就醫比率」因113年及112年均為0%，爰113年未較上年度減少，本署將持續推動本方案，鼓勵院所提高思覺失調症之醫療照護品質。</p> <p>【本會補充說明：依協定事項，提報內容請含替代效果及執行效益評估】</p>

註：

- 1.★屬需於協商115年度總額前，提出預算規劃與預估內容，或提出節流效益並納入115年度總額預算財源之項目。
- 2.114年執行情形於本會114年7月份委員會議提報，延續性項目於114年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含113年執行情形)。

(會議資料第 90 頁)

報告事項第一案「114年度各部門總額依核(決)定事項須提會報告之預算扣減方式規劃」更新附件之中醫門診本會補充及建議5.(2)(如劃線處)

.....  
附件、彙整「114年度總額核定事項涉及預算扣減方式項目」健保署之處理規劃及本會補充與建議

協商項目	核定事項	健保署依核定事項之處理規劃	本會補充及建議
			<p>5.有關中全會建議不扣減，本會補充說明如下：</p> <p>(2)為利委員討論，已請健保署提供慢性腎臟病病人於中醫門診一般服務與本專款計畫醫療利用相關數據及該署對中全會建議不扣減之看法供參，該署回復內容如下(相關數據如附件，第5~6頁)：</p> <p>①考量109年新增本計畫時未扣減慢性腎臟病病人於中醫門診一般服務與專款項目重複部分之費用，爰依核定事項計算重複部分之費用。</p> <p>②本計畫自109年開辦以來，110年、111年及113年，預算執行率皆超過100%，其實際執行數與預算數之差額分別為2.3百萬點、21.9百萬點及16百萬點。</p> <p>③以113年試算於一般服務扣減與本項重複部分之費用為4.09百萬元，惟本計畫實際執行數較預算執行數多16百萬點，爰本署對於中全會不扣減之建議予以尊重。</p> <p>(3)本項扣減核定事項，旨在避免專款與一般服務費用重複支應，未來總額協商，可考量比照醫院、西醫基層總額「醫療</p>

協商項目	核定事項	健保署依核定事項之處理規劃	本會補充及建議
			給付改善方案」，及中醫門診總額「照護機構中醫醫療照護方案」，將一般服務已涵蓋之服務(診察費、藥費、針灸處置)移列一般服務，專款則編列疾病管理照護費、品質績效獎勵等費用，以避免預算重複編列問題。

## 附件1-1：中醫門診總額106~113年醫療利用資料

請依「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」適用範圍(註)進行統計。

年度	就醫人數		申請件數		申請點數(百萬點)	
	一般服務	專款項目	一般服務	專款項目	一般服務	專款項目
106	2,396	-	16,300	-	11.10	-
107	2,766	-	20,080	-	13.95	-
108	3,152	-	22,619	-	16.58	-
109	3,712	1,263	25,788	8,029	19.80	11.53
110	4,908	4,209	29,003	31,486	24.28	49.09
111	6,205	5,314	36,199	43,750	30.76	67.32
112	7,112	6,786	42,029	56,259	37.03	83.09
113	7,652	8,867	48,852	77,313	42.92	112.47

註：健保署「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」適用範圍：慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) stage 2~5期之病人，主診斷為ICD-10-CM為N182-N186(慢性腎病)之病人。

## 附件1-2：慢性腎臟病病人同時使用一般服務及專款計畫之醫療利用資料

考量上述病人未必於參加計畫之中醫院所就醫，且未必為專款收案病人，爰以參與計畫院所及收案病人統計其同時使用中醫一般服務及中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫部分，其醫療服務使用情形如下表。

年度	人數	件數		醫療費用(百萬點)	
		一般服務	專款項目	一般服務	專款項目
109	296	978	2,022	1.0	3.2
110	1,049	2,783	7,844	2.8	13.9
111	1,470	4,186	12,690	4.3	22.0
112	1,509	4,642	12,753	4.8	20.9
113	1,357	4,276	12,720	4.1	20.2

備註：

1. 資料來源：衛生福利部中央健康保險署四代倉儲門診明細檢視表(彙算日期：114/07/15)
2. 資料範圍：費用年為109年-113年之申報資料，且有同時使用中醫慢性腎臟病計畫及慢性腎臟病中醫一般服務之病人。
3. 統計定義：
  - (1) 慢性腎臟病病人：主診斷為 N18.2-N18.6。
  - (2) 中醫一般服務：醫事類別為「14(門診中醫)」，並排除案件分類為「職災案件、中醫其他專案、加強中醫醫療照護門診試辦計畫、預防保健、代辦門診戒煙、代辦登革熱 NS1抗原快速篩檢試劑」。
  - (3) 中醫慢性腎臟病計畫：醫事類別為「14(門診中醫)」且特定治療項目(一)為「JP」。
  - (4) 人數：依身分證號歸戶後計算不重複人數。
  - (5) 件數：依清單編號歸戶後計算不重複件數。
  - (6) 申請點數：申請費用點數及部分負擔點數之總和。

## 附件2：本署建議扣減方式(以113年申報資料說明)

### 一、第二期以上慢性腎臟病病人就醫申報情形(表1)：

(一)僅提供第二期以上慢性腎臟病病人(主診斷為 N18.2-N18.6)中醫一般服務共1,023間院所(第二期以上慢性腎臟病就醫共3,762人)，平均每人中醫一般服務醫療費用為6,007點。

(二)同時執行中醫慢性腎臟病計畫及提供慢性腎臟病病人中醫一般服務共190間院所(第二期以上慢性腎臟病就醫共4,024人)，其就醫病人又可分為以下兩類：

1. 同時使用一般服務及專款計畫：共158間院所(就醫人數為1,357人)，平均每人中醫一般服務醫療費用為2,990點。
2. 僅使用一般服務：共176間院所(就醫人數為2,667人)，平均每人中醫一般服務醫療費用為7,701點。

表一：113年第二期以上慢性腎臟病病人就醫申報情形

		院所數	人數	案件數	一般服務 醫療費用 (百萬點)	平均每人 一般服務 醫療費用
僅提供一般服務之院所		1,023	3,762	14,901	22.6	6,007
同時提供一般服務 及專款計畫服務之 院所	同時使用一般服 務及專款計畫之 病人	158	1,357	4,276	4.1	2,990
	僅使用一般 服務之病人	176	2,667	12,013	20.5	7,701

### 二、計算中醫慢性腎臟病計畫於一般服務扣減重複部分之費用：

(一)「僅提供第二期以上慢性腎臟病病人中醫一般服務院所平均中醫一般服務醫療費用」及「提供專款計畫及中醫一般服務院所中同時使用前開兩項服務者平均中醫一般服務醫療費用」之差額。

(二)僅提供第二期以上慢性腎臟病病人中醫一般服務院所平均每人醫療費用及同時提供專款計畫及中醫一般服務院所平均每人醫療費用之差額為3,017點【6,007點-2,990點】。

(三)同時使用中醫慢性腎臟病計畫及中醫一般服務院所之慢性腎臟病就醫人數為1,357人，中醫慢性腎臟病計畫於一般服務重複部分之費用為4.09百萬點【3,017點\*1,357人】。

## (會議資料第91頁)

報告事項第二案

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門113年度執行成果評核結果及評核建議，請鑒察。

說明：

一、本會依本(114)年第2次委員會議(114.4.23)通過之評核作業方式，業於7月14、15日辦理「各總額部門113年度執行成果發表暨評核會議」，並於7月15日下午召開評核內部會議討論，獲致最後之評核結果，當天即併同各總額部門執行成果簡報，置於本會網頁對外公布，同時以電子郵件寄送本會委員參閱。

(一)本次會議共計160餘人出席，包含評核委員、本會委員、各總額部門相關團體、健保署、民間團體及衛福部相關單位，其中本會委員(含代理人)共25人與會，提供諸多寶貴建議。

(二)評核委員係依本會評核作業方式及委員於5月份票選結果產生，邀請7名專家學者擔任評核委員，依姓名筆劃排序分別為吳評核委員肖琪、周評核委員麗芳、林評核委員文德、胡評核委員峰賓、陳評核委員秀熙、黃評核委員心苑及戴評核委員桂英。內部會議主席則由評核委員互推產生，由周評核委員麗芳擔任，所有與會人員皆簽署保密切結文件，不對外公開討論過程及個別委員發言。

(三)經評核委員討論後，評核結果如下表：

總額部門	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
評核等級	優	優	優	良

二、依上開評核結果及第3次委員會議(114.5.21)決議之113年度執行成果評核獎勵標準計算，各總額部門115年度「品質保證保留款」專款獎勵成長率如下：

總額部門	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
獎勵成長率	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%

註：1.評核等級獎勵成長率：「良」級0.1%、「優」級0.2%、「特優」級0.3%。

2.計算基礎係依各總額部門受評年度(113年)一般服務預算為基數。

三、為提升及精進健保署及各總額部門未來之執行成效，彙整7位

評核委員提出對健保署及各總額部門(含其他預算)精進作為之整體建議(含嘉勉意見及建議改進意見)，詳附件(第9~29頁)，本會後續將再整理評核委員個別書面及當天評論意見併入評核紀錄，提供本會委員、健保署及各總額部門研參。

四、請健保署及各總額部門承辦團體，依評核委員所提精進作為之整體建議，納為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並於115年評核報告針對建議改進意見提出參採情形說明。

決定：

## 對健保署及各總額部門(含其他預算)精進作為之整體建議

### 一、對健保署及四總額部門之整體建議

#### (一)嘉勉意見

1. 健保署在資源有限，面對人口高齡化與慢性病盛行、醫療支出持續上升的壓力下，持續精進制度與管理工具，能夠維持制度穩定並兼顧公平性與效率，展現高度專業治理能力，實屬不易。113年各部門總額整體醫療結果滿意度皆達94%以上，近於歷史高點，值得肯定。
2. 健保署113年推動許多重要事項，與時俱進。包括：推動家醫計畫2.0、以家醫大平台串聯全人照護、強化慢性病整合照護、推動癌症精準醫療、預立醫療照護諮商(ACP)、改革藥品核價與加速收載及新增多項試辦方案，展現保險人的積極與創新，值得肯定與支持。
3. 健保署積極建置大數據資料庫，推動AI應用於個案預警、政策分析、品質監控與決策支援，初步成果顯現於資料整合、異常監測、民眾回饋快速掌握等面向，展現臺灣醫療智慧轉型之具體進展。
4. 其他預算之「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，擴大納入牙醫與中醫門診，顯示政策對整體基層醫療涵蓋範圍的重視，特別是以往常被忽視的非西醫領域，此舉補足了原本IDS計畫在服務項目上的不足，使偏鄉民眾能在地獲得更完整的照護服務。

#### (二)建議改進意見

1. 我國正面臨快速高齡化及少子化挑戰，應思考如何建置未來的健保制度，以因應大環境改變：
  - (1) 面對未來老年人口驟增、勞動人口驟減及人口集中化趨勢，未來多重慢性病醫療與長照需求增加，再加上勞動人力不足，城鄉之資源差距加大，及面臨冠狀病毒與氣候異常等環

境因素等挑戰，健保署應思考如何建置未來的健保制度，並有實證資料協助政策規劃。

- (2)因應少子化勞動人口驟減，政策上宜評估實際需求，進行醫院減床、換床等事宜，並加強醫事人員全人照護能力，盤點醫事人員繼續教育中，多重慢性病照護、ICOPE(長者整合性照護指引)、長期照護等教育時數是否足夠。
- (3)因應非都會區鄉鎮市人口減少，在地的基層診所及衛生所將扮演重要角色，為減少城鄉差距，建議衛福部盤點與推估衛生所與基層診所量能是否足夠。

## 2. 應加速支付制度改革，並有具體時程及配套措施：

- (1)對於支付制度的改革，雖有理想但缺少具體時程和措施，建議應持續擴大或全面推動DRGs、論質(值)計酬、包裹式支付等支付制度改革，並訂定具體時程及配套措施。
- (2)建議將總額支付與照護品質明確連結，設計「品質導向支付指標」，例如依疾病照護成效或再住院率給予差異化獎勵，促使院所專注於預防與整合照護。
- (3)為落實全人照護，對於一人多功的醫療服務，建議提供較高的健保給付，以達到實質鼓勵之效。

## 3. 宜加強醫療利用管理，強化分析管理量能，提升資源使用效率：

- (1)113年整體總額每人門診就醫次數合計已達16.39次，建議加強醫療利用管理，並評估各總額部門專案計畫，考量不斷增加的服務項目對醫療利用的影響，以避免點值下降壓力。另專案計畫宜盡量簡併，去蕪存菁，以提升健保行政效能。
- (2)目前總額執行在院所層級之即時回饋與個別化指標仍顯不足，建議提升資料分析與可視化工具，開發「醫療機構端儀表板系統」，將總額預算執行率、給付異常提醒、分科支出、個案品質指標等以圖表化呈現，並提供區域比較基準，讓院所能即時掌握自身表現，據以調整執行方向。
- (3)健保署以有限的行政資源，管理超過9千多億元的總額預

算，實在有其困難，建議增加行政資源，強化分析管理量能，尤其是管理監測上，需建立堅實的資料及數據，強化數據管理及分析量能是必要的投資。

#### 4.各部門總額專業醫療服務品質指標，建議訂定合宜具挑戰性的參考值，並進行院所別管理，減少標準差：

- (1)健保署宜協助各部門總額在專業醫療服務品質指標，訂定合宜具挑戰性的參考值，例如HbA1c(糖化血色素)的執行率在醫界與衛福部的努力下，已進步到 $\geq 90\%$ ，但參考值醫院為 $\geq 74.62\%$ 、基層為 $\geq 73.27\%$ ，建議更新修正。
- (2)每家醫療院所品質表現不同，管理成效宜以院所為單位，納入標準差比較，並朝降低標準差努力，以減少超過參考值之院所數量為目標。

#### 5.醫療給付改善方案宜呈現結果面指標，並精進方案成效評估：

- (1)醫療給付改善方案未來宜多呈現結果面指標，例如進行單組趨勢分析，呈現不同年度新加入方案者歷年健康、醫療費用與品質改善情形(如：可避免急診與可避免住院是否有改善)。
- (2)建議以院所為單位進行分析與管理，列出院所平均醫療費用與醫療品質之平均值、標準差、最小與最大值。
- (3)參與方案者各項檢查率皆高於未加入者，宜思考如何整體提升照護品質，應提升未加入方案之糖尿病者HbA1c的申報品質，以利控制嚴重度，也有助於更嚴謹的評估方案成效。

#### 6.持續優化照護流程，推動分區(分院所)獎勵與標竿學習：

- (1)建議針對重要關鍵政策(如Early-CKD與Pre-ESRD照護、腹膜透析推動)，強化分區(或分院所)成效監測，公開指標與優良案例，設計具誘因之分層獎勵與專案輔導，積極縮小區域及機構間照護率差異，促進資源均衡與正向競爭。
- (2)強化跨專業團隊合作，完善轉介及共照流程，推動高風險個案主動管理；鼓勵創新個管模式，善用AI與數位衛教工具，

提升病人自主管理意願與治療品質。

**7.護病比資料分析宜更精確深入，以利瞭解護理人力現況及資源投入成效：**

- (1)就護病比範圍的比例變化來看，醫學中心的護病比似有惡化的情形，且從113年的醫學中心數增加3家但護理人力較112年的淨增加數為負值來看，醫學中心的護理人力問題不容忽視。建議提供歷年整體護病比的數值，以瞭解年度變化的趨勢。
- (2)「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」主要提供大小夜班的獎勵，且各層級的獎勵不同，宜提供不同層級三班護病比的資料，以評估成效。
- (3)護病比受病床數影響，關床增加可能造成數據失真，建議一併呈現病床變化情形，而非單純呈現護病比。

**8.對於急診壅塞情形，請持續進行資訊回饋及趨勢監測，並研提因應對策：**

113年品質指標「急診滯留超過24小時比率」，醫院整體比率呈上升趨勢，僅地區醫院呈現下降趨勢；「急診就診後同日於同醫院急診返診比率」，醫院整體比率呈現上升趨勢，僅醫學中心呈現下降趨勢。建請健保署持續進行資訊回饋及趨勢監測，並研提因應對策，以保障病人就醫品質。

**9.對於民眾自費情形，建議進行全面掌握及了解：**

從各部門報告來看，自費項目已成為健保資源有限的情況下，醫療供給者及民眾為尋求更好的醫療品質的出路。但過高的自費負擔，將損害就醫公平性，建議健保署對自費情況有更全面的掌握及了解。

**10.對於健保自清制度，建議透過立法授權，強化其正當性與可執行性：**

- (1)健保自清制度的設計原意良好，具有協助醫療院所主動揭露並改正錯誤申報、避免訴訟與罰則的優點，惟目前自清制度

在健保法中未有明確授權條文、法律定位模糊，對健保署與醫療機構雙方權利義務的界定產生疑義，影響制度推行的信賴基礎。

- (2)宜透過立法授權與制度明文化強化其正當性與可執行性，建議修正全民健康保險法，明確訂定自清制度並授權訂立子法，包括自清適用範圍、程序、審查原則、條件及法律效果等，以增強法制基礎與程序正當性。

## 11.推動數位升級與AI人工智慧應用，強化數據整合，提升政策成效：

- (1)強化醫療數位多模態資料整合，建立即時醫療數位資料大數據平台，並結合AI於異常警示、風險分層、成效追蹤、預算推估等多元面向，進行政策即時監控與動態調整。
- (2)完善醫療服務監測與民眾回饋機制，建立常態化醫療服務品質與民眾滿意度監測機制，善用AI語意分析快速掌握群眾需求與問題熱點，增設數位互動溝通平臺，落實即時諮詢與回饋處理，強化品質及提升滿意度。
- (3)推動數位照護升級的過程中，宜多體察院所工作人員的工作負荷，建議以不勉強下試辦，逐步推廣為前提。

## 12.其他預算「偏鄉地區全人整合照護執行方案」執行成效檢討：

花蓮縣秀林鄉實施本方案，其評核指標，如：可避免住院的慢性及急性疾病，表現似不符預期。建議深入探討山地離島西醫就醫率較高的情形下，可避免住院率為何居高不下，並參採較能呈現成效的指標，例如初級照護在鄉內就醫的比例等。

## 二、對醫院總額之整體建議

### (一)嘉勉意見

1. 醫院部門在健保制度的精進過程中扮演關鍵角色，包括：協調醫療資源配置、在健保制度永續及品質提升尋求平衡，支持政策推動並保障民眾就醫權益等，是健保穩定與發展的堅實基礎。
2. 醫院部門持續提升醫療服務品質與效益，113年民眾滿意度及專業醫療服務品質指標達標率均高達95%以上，除進行品質保證保留款獎勵指標的精進與汰換外，亦推動多項專案並建立關鍵績效指標，逐步落實推行。更應用風險調整移撥款，與地方政府協力，因地制宜強化醫療服務，成效顯著。
3. 醫院部門在民眾照護負擔增加、醫療環境與人力之挑戰下，仍努力配合健保署政策，持續推動分級醫療與轉診，致力改善護理人力不足之問題，加強新醫療科技預算管理，並輔助健保署ICD-10-CM/PCS改版上線，完成支付標準改革的基礎工作，有助於精進健保制度，值得肯定。

### (二)建議改進意見

1. 面對我國快速高齡化及少子化挑戰，宜積極研擬整體醫療因應對策，應對未來健保永續有所規劃：
  - (1) 113年較108年(疫情前)5年期間，門住診就醫人數分別成長2.7%及-0.6%，但平均每人醫療費用分別成長18.5%及16.4%，經年齡、性別校正後平均每人醫療費用分別成長12.7%及13.5%，宜分析113年人均醫療費用上升原因及其合理性，並研擬對策。
  - (2) 建請就未來5年就醫人數及人均醫療費用成長率，並考量高齡少子化因素及民眾負擔能力，規劃醫院部門之醫療服務如何達成健保永續的目標。
  - (3) 因應人口減少，每萬人口病床數將持續上升，建議重新檢視醫療供給面與照護模式，包括各層級醫院病床類型之病床配置規劃，是否調整慢性病床數量或轉型為長照床，研議結合

醫療網，規劃區域HUB(醫療中心)樞紐(如ICU、重難手術)之服務網絡，並伺機加速擴大或全面推動DRGs制度。

(4)因應醫事人力不足，部分醫院採取關床措施，建議進一步分析各院所關閉之病床類型，以掌握整體醫療量能變化。

## 2.請加速建立以醫療成效為導向的支付制度與資源分配：

(1)應加速推動Tw-DRGs，另健保署針對現行DRG及手術項目，推動「可於住診或門診執行項目，設計誘因鼓勵醫院改於門診診療」，期可降低該類手術相關費用。建議醫院部門研議推動策略，以利政策落實。

(2)現行協商項目及專案項目多偏向人力成本補貼與配合政策獎勵，在醫療品質與資源配置部分仍有精進空間。建議先調整支付標準與獎勵機制，並連動品質改善(如：護病比、再住院率)，再導入論質計酬與AI智慧監控，確保醫療資源精準利用。

(3)建議推動精準動態疾病風險分級，精進目前TW-DRGs及CMI(Case Mix Index，病例組合指標)之疾病嚴重程度分類，並利用Real World Data(真實世界資料)建立動態支付制度。

## 3.針對護理人力問題，應積極研擬人力補充與留任對策，以維護醫院照護量能：

(1)113年整體全日平均護病比達加成之月次占率較112年下降(113年為90.72%，112年為94.12%)，平均每月實際於一般急性病床照護之護理人數亦減少(113年為30,884人，112年為31,153人)，為維護醫院照護量能，應積極研擬人力補充與留任對策。

(2)住院護理品質指標中，近年病人感染發生率(或院內感染密度)在精神專科及慢性醫院有偏高的情形，請深入分析原因，並瞭解各院護病比，據以評估該指標能否反映護理人力是否充足，亦有助該類型醫院進行改善。

(3)醫院普遍面臨護理人力不足之挑戰，建議導入智慧醫療系統(如：智慧排班、病患生理監控、電子化照護紀錄等)，以提

升照護效率並降低照護負擔。

- (4)有關長程規劃所提「引進外籍醫護人力」，其涉及語言溝通、專業能力認證、文化適應與病患接受度等，應謹慎研擬，並廣納相關醫事團體意見，以確保病人安全及照護品質。

**4.現行分級醫療動能不足，請鼓勵院所積極參與，並加強資訊交流與追蹤機制：**

- (1)分級醫療制度推動多年，雖然113年轉診率略有提升，但仍需持續努力，現行因轉診動能不足、病人就醫行為未改變、資訊不對稱等問題，使醫療資源使用仍偏重於大型醫院，為讓各層級醫療機構能更積極參與合作，建議整合資訊平台、建立下轉病人追蹤機制，使不同層級院所間的資訊交流更為即時，提升病人醫療連續性與照護效率。
- (2)113年醫院總額轉診案件(1.36百萬件)較112年(1.12百萬件)大幅成長20.84%，建議進一步依疾病別、機構別分析上下轉比例、轉診因素及後續就醫行為，以反映分級醫療成效。
- (3)113年醫療服務品質調查，其中「對於轉診服務是否滿意」較112年下降8.5%，建請分析意見及原因，以研擬因應改善策略。

**5.建議優化醫療服務品質調查之問卷題目設計：**

優化醫療服務品質調查之問卷題目設計，如針對自費相關項目，建議區分住院與門診情形，針對病床等候時間，建議區分急診或門診入院途徑，藉由取得更細緻的資訊，將有助於後續總額資源配置與政策規劃之精準性與效益。

**6.研訂較具挑戰性的醫療品質指標，並進行院所別管理，減少標準差：**

- (1)對於專業醫療服務品質指標參考值之訂定，宜具有挑戰性，加以引導醫療品質持續提升。
- (2)考量各醫院品質表現差異，建議以個別院所為評估單位，並

納入標準差比較，以減少超過參考值之院所數量為挑戰目標。

(3)品質保證保留款核發條件之鑑別度仍有不足，現行以指標達成項目數作為獎勵金分配權重，且不需全部項目達標(達成上限項目數，即可獲得100%權重，如：113年醫學中心獎勵指標共20項，以達成12項為上限)，醫學中心均達上限，對於部分較難達成之指標缺乏執行誘因，宜調整獎勵金發放的標準；另因應未來推動護病比，建議醫學中心和區域醫院納入護病比相關的獎勵指標。

## 7.請強化數據分析與管理，加強總額管理及內部審查機制：

(1)建議對各項計畫或專案的執行成果，強化推論的數據收集，進行更細緻的分析，以增加推論的說服力。

(2)113年民眾申訴案件數較112年成長19.14%，建議持續監測並分析原因後，據以研提因應方案。

(3)建議建立以醫療提供者檔案分析(provider profiling)系統性評估醫療服務品質及審查方式。

(4)近年醫院違規家數及費用有逐年下降趨勢，建議醫院部門除強化既有稽核與查核機制外，建議推動「預防性管理」(如：導入AI異常申報分析模型)，提前偵測潛在風險行為。

## 8.專款項目之執行與精進之建議：

(1)急診品質指標有逐年惡化的趨勢，建議將急診品質列為年度重點項目，或納入品質保證保留款獎勵指標。

(2)乳癌改善方案之照護率偏低，建請醫院部門研議具體精進措施，以提升執行成效。

(3)113年度新增計畫之執行率偏低，有待醫院部門加緊推動，以彰顯成效。

## 9.導入AI人工智能與大數據分析，全面提升照護成效監測與精準管理：

建議導入AI與大數據分析平台，發展精準動態風險分級，以利建立即時預警及動態檢討機制，促進醫療品質全面升級。

### **三、對西醫基層總額之整體建議**

#### **(一)嘉勉意見**

1. 西醫基層部門在維護民眾就醫權益與就醫及時性方面表現優良，113年民眾對西醫基層整體滿意度是近4年新高(96.3%)、自費比率是四總額部門最低、假日開診率也較牙醫及中醫門診部門高。此外，亦持續加強預防保健與提升糖尿病及初期慢性腎臟病照護率，已逐步轉型為民眾健康守門員，值得肯定。
2. 肯定西醫基層部門配合推動健保署各項創新方案的努力，尤其是113年檢驗(查)結果總上傳率大幅提升至8成以上，更致力推動家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)2.0，導入ASCVD(動脈粥狀硬化心血管)疾病風險分級管控與獎勵，有助於提升民眾照護品質及群體健康水平。家庭醫師作為病人健康照護的第一線，是落實健康台灣的重要基石。
3. 西醫基層總額有效控制醫療費用成長，同時保障基層醫療的合理收入穩定成長。希望未來基層醫療持續轉型為健康守門員角色，強化基層診所與醫院間的合作模式，發揮分級醫療功能，並積極推動疾病預防、早期發現與生活習慣指導，提供連續性、全面的醫療管理，落實全人照護的願景。

#### **(二)建議改進意見**

- 1.面對我國快速高齡化及少子化挑戰，應積極規劃因應：**
  - (1)113年較108年(疫情前)5年期間，西醫基層就醫人數成長0.7%，平均每人醫療費用成長20.2%，經年齡、性別校正後平均每人醫療費用成長17.3%，宜分析113年人均醫療費用上升之原因及其合理性，並研擬對策。
  - (2)建請就未來5年就醫人數及人均醫療費用成長率，並考量高齡、少子女化因素及民眾負擔能力，規劃西醫基層部門之醫療服務如何達成健保永續的目標。
- 2.推動精準健康照護與多元支付模式：**
  - (1)目前總額支付制度仍以論量計酬為主，難以有效反映醫療品

質與健康成效，建議逐步推動「以病人為中心」的精準、動態疾病風險分級照護模式與支付制度改革，提升照護效益與資源分配合理性。

(2)策略上建議導入依病人風險調整之加權總額(risk-adjusted capitation)、按照護結果給付(P4P)、照護整合給付(bundled payment)等多元支付機制，提升基層提供整體性與連續性照護的誘因。

### 3.檢討專業醫療服務品質指標及參考值，並進行院所別管理，減少標準差：

(1)部分指標(如：同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率已大幅下降、門診注射劑使用率及就診後同日於同院所再次就診率等負向指標值已低於1%)，改善空間有限，建議改以有待努力的品質指標替代。

(2)部分指標(如：「糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」等正項指標)指標值已高於參考值，建議訂定具挑戰性的參考值。

(3)專業醫療服務品質指標項目中，僅門診抗生素使用率略高於參考值，未達標，建議加強輔導院所。

(4)每家診所醫療品質表現不同，管理成效宜以個別院所為單位，並納入標準差比較，以減少超過參考值之院所數量為挑戰目標。

### 4.檢討總額協商項目的預算編列及執行情形：

(1)近年西醫基層新增診療項目及新藥的預算數及申報數，差值頗大，建議建立精準的新醫療科技預算預估模式或機制。

(2)部分協商項目(強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護、提升國人視力照護品質)之執行結果，部分品質指標未達所訂目標值，建議檢討原因，持續提升成效。

### 5.建立區域基層聯盟機制，促進跨單位整合與資源共享：

(1)現行制度對於診所間、診所與藥局、長照機構之合作誘因不

足，易導致資源重疊與照護斷裂。建議設立「區域基層照護聯盟」，推動多病共管與健康促進。

(2)建議提供團隊獎勵、共同照護加成點數、資訊共享平台與AI輔助跨機構追蹤工具，提升服務協同效率。並於績效評估中納入「轉介回診整合率」、「跨院所照護比率」等指標，強化給付誘因，推動醫師與照護團隊共享健康成果責任。

## 6.請精進總額管理與內部審查機制，並強化執行成果分析的深度：

(1)113年全區浮動點值及平均點值，較112年同期低，建議介入合理的管理措施，以抑制不合理的費用成長。

(2)建議建立以醫療提供者檔案分析(provider profiling)系統性評估醫療服務品質及審查方式。

(3)許多協商項目及專款計畫均有呈現初步執行結果，對於執行不佳或未達標項目/計畫的項目，需進一步深入分析並探究原因，積極因應改善。

## 7.請持續加強以下專款方案/計畫執行量能，提升照護成效：

(1)糖尿病醫療給付改善方案照護結果良好，惟西醫基層照護率較醫院低，且近2年微幅下降，建議分析院所別成效，亦可思考將糖尿病照護率納入專業醫療服務品質或品質保證保留款指標中，以反映基層醫療照護品質。

(2)請持續提升家醫計畫之服務量能，思考如何在兼顧照護品質及提升涵蓋率下，提高醫師參與率及擴大家醫群，讓家醫計畫2.0推廣更加順利。

(3)西醫醫療資源不足地區改善方案，113年度新開業診所數為0家，建議瞭解原因。另建議持續引進醫師進駐，並透過遠距醫療或跨區醫療合作，緩解該地區醫療人力不足的問題。

## 8.提升資訊系統整合導入AI人工智能，提升臨床決策支持能力：

(1)鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案之檢驗(查)結果總上傳率仍未達100%，部分基層院所未落實，影響跨院整合及資訊的完整，應加強技術支援與教育訓練，協助克服系統

介接與人力操作問題。

- (2)資訊系統支援不足將影響慢性病照護效率，建議強化與健保署資料平台(如健保雲端、健康存摺)之互通性，協助基層取得即時與整合性資料。補助導入自動化介接工具(如LIS、HIS整合模組)、標準化電子病歷(EMR)與上傳介面，減輕行政負擔。推動臨床決策支援系統(CDSS)應用，提升疾病照護、管理及追蹤能力。
- (3)鼓勵導入人工智慧(AI)技術於照護流程中，發展個人化風險預測模型，並應用於慢性病管理、藥物使用監測及健康異常預警，以提升醫療效率與預防成效。

## 四、對牙醫門診總額之整體建議

### (一)嘉勉意見

1. 肯定牙醫門診總額落實牙周病照護、保存自然牙、及加強幼兒與青少年口腔照護的努力，並採評核委員建議，將拔牙率納入結果面指標。分析結果顯示，79歲以下各年齡層之平均拔牙顆數均呈下降趨勢，顯示相關措施達到一定的成效，已逐步達成「8020」提升國人自然牙保存的目標，值得大力嘉勉。
2. 牙醫部門113年民眾對牙醫的整體滿意度不僅高於前3年，亦高於其他總額部門，除落實專業醫療服務品質提升外，對多項口腔重要疾病之方案及健保相關議題，建立長期追蹤資料，並委託研究評估成效或找出解決方案，有助提升口腔健康之政策品質，值得肯定。
3. 牙醫部門積極進行總額管理，除採取有效合理的管控措施，避免醫療資源過度使用，維持各區點值穩定度外，亦積極整合相關資源，將重複性高的專款項目整併為「高風險疾病口腔照護計畫」，並結合民間資源募款，為醫療資源不足地區及弱勢族群添購固定式診療椅等設備，履行社會責任，值得稱許。

### (二)建議改進意見

1. 面對我國快速高齡化及少子化挑戰，應及早提出前瞻性策略因應：
  - (1)113年較108年(疫情前)5年期間，牙醫就醫人數增加3%，平均每人醫療費用成長9.9%，經年齡、性別校正後平均每人醫療費用成長6.6%。請前瞻性規劃未來5年就醫人數、平均每個人醫療費用的成長目標與策略。
  - (2)面對牙科專科人力不足現象及高齡化趨勢，應妥善規劃未來牙科專科人力需求與供給(如因應老年人口增加，應妥善規劃牙周病專科醫師之培訓)。
2. 請持續檢討及改善國人口腔健康情形，以落實「8020」的目標：
  - (1)113年「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」之執行率顯著提升，但DMFT(恆齒齲齒齒數)、齲齒率及填補率仍偏

高，建議提出具體改善方案。

- (2)歷年口腔健康調查報告，由年齡別恆齒狀況可以發現，缺牙齒數、剩餘齒數有明顯改善，剩餘齒數僅75歲以上有退步。若配合8020政策，建議將年齡層「75歲以上」再細分(75~79歲應該有一組)，以了解75歲以上者實際的口腔健康狀況。
- (3)由健保資料分析各年齡層投保人口之「平均拔牙顆數」呈下降趨勢，但受申報行為及資料品質的影響，與實際牙齒保存顆數可能有差距，建議未來與口腔健康司合作，增進口腔健康調查結果的信、效度。

### **3.檢討專業醫療服務品質指標及參考值，並進行院所別管理，減少標準差：**

- (1)近5年各項專業醫療服務品質指標全數達標，且遠超過參考值，建議合理調整參考值，部分指標之正向指標值超過99%、負向指標值低於1%，進步空間有限，建議替換其他更具敏感度之指標。
- (2)每家牙醫診所醫療品質表現不同，管理成效宜以個別院所為單位，並納入標準差比較，以減少超過參考值之院所數量為挑戰目標。

### **4.檢討總額協商項目的目標設定與執行情形：**

部分協商項目(提升假日就醫可近性、特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆等)之執行結果，低於所訂目標值，建議檢討原因持續提升執行成效，並調整合理目標值。

### **5.請提升牙醫服務可近性及可負擔性，保障民眾就醫權益：**

- (1)牙醫約診容易度尚有改善空間，且都會區(台北區、北區)較偏鄉地區(東區)約診容易度差，宜瞭解原因並研擬具體改善方案，以提升約診容易度。
- (2)牙醫假日門診可近性仍顯不足，牙科急診在假日及夜間的佈建亦甚為重要。建議鼓勵院所於假日開診，並透過政策誘因支持其行政與人力成本，同時建立輪值制度或區域醫療聯

盟，由地區內院所協調假日輪班，以有效提升整體可近性。

- (3)牙醫部門之自費金額遠高於其他部門，且自費原因大多為牙醫師建議，代表隨著醫療科技的進展，健保給付在牙醫醫療服務的落後，建議重新檢討合理之牙醫健保給付範圍。

## 6.牙周統合照護計畫照護的預後結果良好，但尚須提升相關措施之執行成效：

參與牙周病統合照護計畫之病患預後結果良好，但牙周病相關照護措施之執行成效仍有待提升，如牙周病統合治療第三階完成率、牙周病基礎治療院所及醫師執行比率、特定牙周保存治療執行率等，建議深入探討原因，並加強牙醫師培訓，強化病患溝通技巧與長期追蹤機制。

## 7.專款項目高風險疾病口腔照護計畫之執行檢討：

- (1)高風險疾病口腔照護計畫自113年起合併3項計畫，經費執行率高達149.4%，建議分析費用大幅成長之原因及其影響占比，例如擴大適用對象、放寬申報次數、調升支付標準，並探討其合理性。

- (2)預算超支部分應考量擴大高風險疾病適用對象的合理性，如高風險疾病的對象擴大至65歲以上人口，並提供每3個月牙結石清除和塗氟，此類人口過去亦會接受牙結石清除和塗氟，因此計算費用的增加，應扣除過去相同人口的牙結石清除和塗氟費用，以避免重複計算。此外，擴大其他適用對象亦有相同情形，應一併考量。

## 8.結合大數據資料與人工智慧，進行動態監測及跨部門合作：

- (1)建議結合大數據資料與人工智慧，建立「口腔健康品質監測系統」進行全年齡層動態監測，並加強跨部門合作，如與大家醫計畫、長照3.0計畫連結，擴大高齡長者之到宅、居家牙醫醫療服務。

- (2)建議逐步規劃將牙醫納入大家醫計畫，提供民眾以健康為導向、病人為中心、家庭為核心及社區為範疇之全人照護。

## 五、對中醫門診總額之整體建議

### (一)嘉勉意見

1. 中醫門診總額執行情況良好，新冠後疫情時期，中醫服務重點轉為長新冠的治療，並逐年擴展服務內涵，涵蓋兒童、急症、慢性病、居家照護、養護機構等重點族群，民眾對中醫的整體滿意度亦高於近3年，成效值得肯定。
2. 中醫部門持續提升民眾就醫可近性與醫療服務品質，在醫療資源不足地區改善方案、居家醫療照護整合計畫及慢性腎臟病醫療服務品質提升等計畫，嘉惠民眾成效優良。
3. 民眾的中醫利用率雖低於疫情期間，但中醫部門仍展現持續成長的潛力，並結合品保款獎勵與指標監測進行管理，在針傷合併治療超出預算額度時，調整申報處置上限值，以有效管控費用之努力，值得肯定。

### (二)建議改進意見

1. 面對我國快速高齡化及少子化挑戰，應對未來健保永續有所規劃：
  - (1) 113年較108年(疫情前)5年期間，中醫就醫人數減少1.8%，但平均每人醫療費用成長22.6%，經年齡、性別校正後平均每人醫療費用成長17.4%，宜分析113年人均醫療費用上升之原因及其合理性。
  - (2) 請就未來5年就醫人數及人均醫療費用成長率，並考量高齡少子化因素及民眾負擔能力，規劃中醫部門之醫療服務如何達成健保永續的目標。
2. 檢討年度重點項目及指標訂定，並深化其評估方式：
  - (1) 年度重點項目選擇高達10項績效指標，其中有4項績效指標未達標，期盼中醫部門持續努力，並建議未來選擇重點項目時，以能反映年度核心工作為主，績效指標不必太多。
  - (2) 除中醫慢性腎臟病項目外，其他項目之評估指標皆為服務過程之量化指標(服務人數、人次、參與醫師數/院所數等)，缺乏具體之成效數據，建議以健康結果做為指標。另目前的評

估方法缺乏較好的研究設計(例如：缺乏對照組)，實際成效較難評斷。

### 3.研訂較具挑戰性的專業醫療服務品質指標，並進行院所別管理，減少標準差：

- (1)專業醫療服務品質指標，參考值之訂定宜有些挑戰性。
- (2)每家中醫診所的品質不同，管理成效宜以個別院所為單位，納入標準差比較，以減少超過參考值之院所數量為挑戰目標。

### 4.檢討總額協商項目的目標設定與執行情形：

- (1)部分協商項目(多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度、提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護、提升中醫小兒傷科照護品質)未達成目標值，建議檢討原因，並調整合理目標值，以持續提升執行成效。
- (2)在未來新增方案或項目時，建議中全會在推估需求時，加強需求面利用人次的精準推估。

### 5.請檢討調整地區預算分配，及各區民眾利用的公平性：

- (1)中醫門診總額的地區預算分配，似乎未落實錢跟著人走的政策目標，113年北區就醫人數占率約14.81%，但分配預算占率約12.88%。北區各季點值、人均就醫次數亦是各區最低，請審慎檢討地區預算分配之合理性。
- (2)各縣市每萬人口中醫師數分布不均，仍是影響中醫發展的重要因素，請逐步規劃達到中醫師人力地理區域鄉鎮分布均衡。

### 6.檢討現行針傷合併治療之支付標準，並訂定適應症或條件

- (1)調整針傷合併治療每位專任醫師每月申報上限，主動進行控管值得肯定，惟建議考量不同醫師的病人數差異，以避免一刀切的情形。
- (2)如能訂定兩者合併治療的適應症或條件，應更具臨床必要性，並能做為專業審查的依據。

## 7. 檢視專款項目之使用效益建立汰弱留強機制，並均衡區域推動：

- (1) 對於試辦多年的計畫應進行客觀成效評估，並考量是否持續辦理。宜建立一個可持續性、以實證為基礎之輔導及汰弱留強機制，以利有空間及資源，試辦更具創意及效果的方案。
- (2) 部分個別專款計畫中有編列較高蒐集成效比較量表之費用，可能形成以健保費用支應專案成效評估費用的問題，建議再檢討專款項目的必要性及執行的內容。
- (3) 部分計畫各分區執行情形差異性大(如中醫急症處置計畫、中醫孕產照護計畫)，建議加強推動區域平衡，提升其他地區醫療機構參與意願與執行能力，拓展中醫醫療角色與服務範疇。

## 8. 結合西醫AI虛擬照護及科技創新發展，促成中西醫整合與全人照護模式：

- (1) 人工智能技術日益成熟，中醫領域的AI應用亦逐步展開，建議未來應強化AI與中醫融合，透過辦理成果發表與交流論壇，促進科技與傳統醫學的協同創新與融合發展，促成中西醫整合。
- (2) 建議逐步規劃將中醫加入大家醫計畫及居家照護整合計畫，特別在資訊平台系統形成整合式中西醫照護模式。

## 六、對門診透析服務之建議

### (一)嘉勉意見

1. 門診透析服務整體病人滿意度超過94%，113年各項門診透析服務專案個案照護率及績效指標亦持續提升，如腹膜透析新發個案占率、腹膜炎發生率、尿素氮週透析效率(Weekly Kt/V)等指標均有進步，執行成效良好。
2. 自112年起推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升品質計畫」，提供不同治療方式的選擇，提升腎友生活品質，112、113年平均每人的醫療費用亦有顯著減少，值得稱許。

### (二)建議改進意見

1. **面對我國快速高齡化及少子化挑戰，應提出前瞻性因應策略：**  
108-113年門診透析五年就醫人數成長9%，主要是透析死亡人數下降，故雖然新發生透析人數下降，整體人數仍上升，應就新發生人數、死亡人數分開統計，較能呈現照護品質。另校正後人均費用成長率為-2.8%，請就未來5年就醫人數及人均醫療費用成長率，並考量高齡少子化因素及民眾負擔能力，規劃門診透析之醫療服務如何達成健保永續的目標。
2. **請精進成效監測及數據分析與管理，持續提升執行成效：**
  - (1)針對重要數據進行細緻分析，例如透析的就醫人數分析，建議列出新發生人數、死亡人數。另校正後人均費用分析，建議區分血液透析及腹膜透析，以利判別112年起推動鼓勵腹膜透析的影響。
  - (2)對於專案之成效比較分析，建議統計歷年計畫個案新參加、持續參加、以及曾參加再參加之情形，以利評估成效差異。
  - (3)考量各院所執行成效表現差異，建議以個別院所為評估單位。建議針對Early-CKD與Pre-ESRD照護、腹膜透析推動等關鍵政策，強化分區或分院所成效監測。並建議分析不同院所之「糖尿病合併初期慢性腎臟病之照護率」的差異，並考量納入相關的專業品質指標。

### **3.請持續提升門診透析民眾就醫可近性：**

113年滿意度調查，民眾對門診透析就醫所交通便利性的滿意度為79.7%，較去年(83.7%)低，建請健保署持續追蹤，並研析可能原因與改進措施。

### **4.持續優化照護流程，善用AI並推動分區分層獎勵與標竿學習：**

- (1)建議針對關鍵政策項目，強化分區(或分院所)成效監測，公開指標與優良案例，設計具誘因之分層獎勵與專案輔導，積極縮小區域及機構間照護率差異，促進資源均衡與正向競爭。
- (2)建議強化跨專業團隊合作，完善轉介及共照流程，推動高風險個案主動管理；鼓勵創新個管模式，善用AI與數位衛教工具，提升病人自管理意願與治療品質。

## (會議資料第 94 頁)

報告事項第三案「114年度各部門總額依核(決)定事項，須提會報告之項目」本會整理說明二(二)之2.

### 二、中醫急症處置：

#### (二)歷年推動情形摘要：

2.有關總額核定事項之計畫執行成效檢討部分，已請辦健保署補充說明本計畫是否有呈現具體成效。

.....

健保署補充說明具體成效如下：

一、本計畫之執行成果及實施效益由中醫院所於計畫執行結束或年度結束後檢送至中醫全聯會，爰本署無各類疾病適應症量表前後測評估結果。

#### 二、本計畫關鍵績效指標說明如下：

(一)預算執行率：逐年增加(113年為72.7%)，114年第1季預算執行率為200.7%(每季預算為2.5百萬元)。

(二)平均每人就醫次數：逐年下降(113年平均每人就醫次數為1.12次)，114年第1季平均每人就醫次數為1.08次。

(三)服務人數：112年服務人數大幅提升至2,708人，113年則略降至2,129人，惟114年第1季服務人次已達1,400人。

## (會議資料第100頁)

### 報告事項第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：精進「急診品質提升方案」執行內容(以解決急診壅塞為目標及增訂壅塞無法達標之處理方式)專案報告。

說明：

一、依據貴會114年度工作計畫暨本署114年6月11日健保醫字第1140662896號函，請本署於114年7月份委員會議提出「急診壅塞之健保因應策略」專案報告。

二、有關急診壅塞之健保因應策略，摘要說明如下，簡報資料如附件(第34~49頁)：

(一)本署114年2月26日、3月7日、4月29日及6月17日召開四次「急診壅塞之健保因應策略研商會議」，提出以下八大策略：

- 1.調升急重難症支付點數：已於114年5月1日調升急診、加護病房及護理相關支付，包括調升急診診察費並拆分為診察費及護理費、調升急診留觀床護理費、調升重度級及中度級急救責任醫院之加護病房支付、離島急診案件加成及提升住院病床護理費。
- 2.增加病床使用效率：規劃住院DRG項目改於門診執行，並新增門診靜脈抗生素治療(OPAT)及提早出院模式(ESD)。
- 3.擴大在宅急症照護：新增模式和擴大適應症並調整支付。
- 4.個別總額鼓勵醫院收治：鼓勵收治急重症病人，如依病例組合指標(CMI)調整明(115)年成長率。
- 5.建立急診壅塞監測指標：前述支付標準調整，將扣合特定指標，達標者始外加其個別醫院前瞻式預算額度。
- 6.研議急門診遠距服務：研議鼓勵開設急門診，以便收治檢傷輕症之病人，緩解急診之壓力；另研議設立遠距服務平台，提供民眾諮詢服務，減少輕症急診案件。

7.輔導醫院善用轉診網絡：強化院所間的區域聯防，落實以品質為導向之轉診制度。

8.檢討民眾合理就醫負擔：檢討民眾就醫負擔，引導合理就醫行為以維持健保永續發展。

(二)本署並於114年7月21日召開第五次「急診壅塞之健保因應策略研商會議」，延續討論急診品質提升方案修訂草案。

報告單位業務窗口：成庭甄科長，聯絡電話：02-27065866分機2665

.....  
本會整理說明：

一、健保署依114年度醫院總額決定事項(如下)及本會114年度工作計畫，於本次委員會議提出專案報告。

項目	金額 (百萬元)	決定事項
急診品質提升方案	300.0	<p>請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>1.精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質，並於114年7月前提出專案報告。</p> <p>2.提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。</p>

二、急診品質提升方案之背景說明：

(一)本項自101年度起每年於醫院總額專款項目編列預算，用於加強急重症之醫療照護，並以論質計酬方式，期提升急重症照護品質及效能，及落實品質為導向之轉診制度。本方案主要支付達到以下四大構面一定條件者之獎勵費用：

獎勵費用之構面	支付條件
1.急診重大疾病照護品質	針對特定重症患者，訂定到院急診一段時間接受必要治療處置之標準，達標者予以獎勵。
2.轉診品質	針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵。

3.急診處置效率	以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。
4.補助急診專科醫師人力	補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務。

(二)歷年本會委員都很關心急診壅塞問題，並請健保署持續監測急診處置效率指標，彙整該署提供之歷年執行情形及相關指標資料(詳參考資料，第50頁)供參。

三、依健保署報告，本次已依決定事項，提出以解決急診壅塞為目標之執行內容，擬訂八大健保因應策略，包含調升急重難症支付點數、建立急診壅塞監測指標、增加醫院病床使用效率等策略，後續將召開會議持續研議本方案之修訂。

決定：

# 急診壅塞之健保因應策略

□ 中央健康保險署  
□ 114/07/23



1

## 報告大綱



- 歷年急診案件趨勢
- 現行急診壅塞問題解析
- 急診壅塞之健保因應策略
- 結語



2

# 報告大綱



- 歷年急診案件趨勢
- 現行急診壅塞問題解析
- 急診壅塞之健保因應策略
- 結語

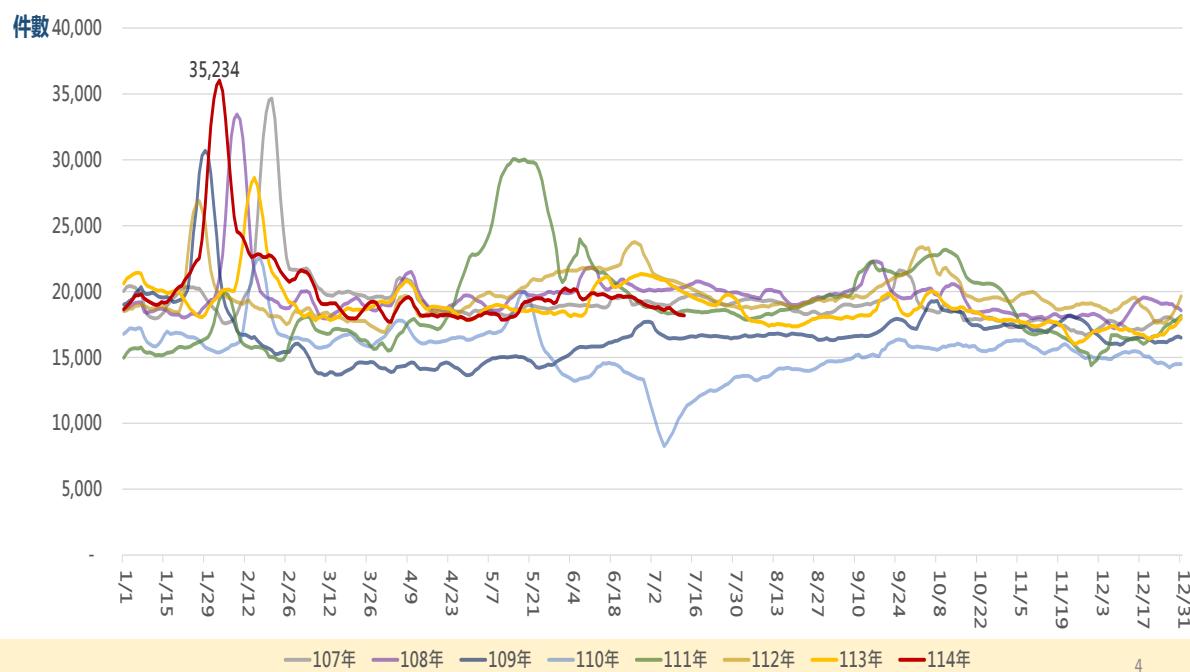
3

## 健保IC卡急診趨勢



- 114年春節期間，急診就醫件數具明顯上升趨勢

107年-114年健保IC卡急診7日移動平均趨勢



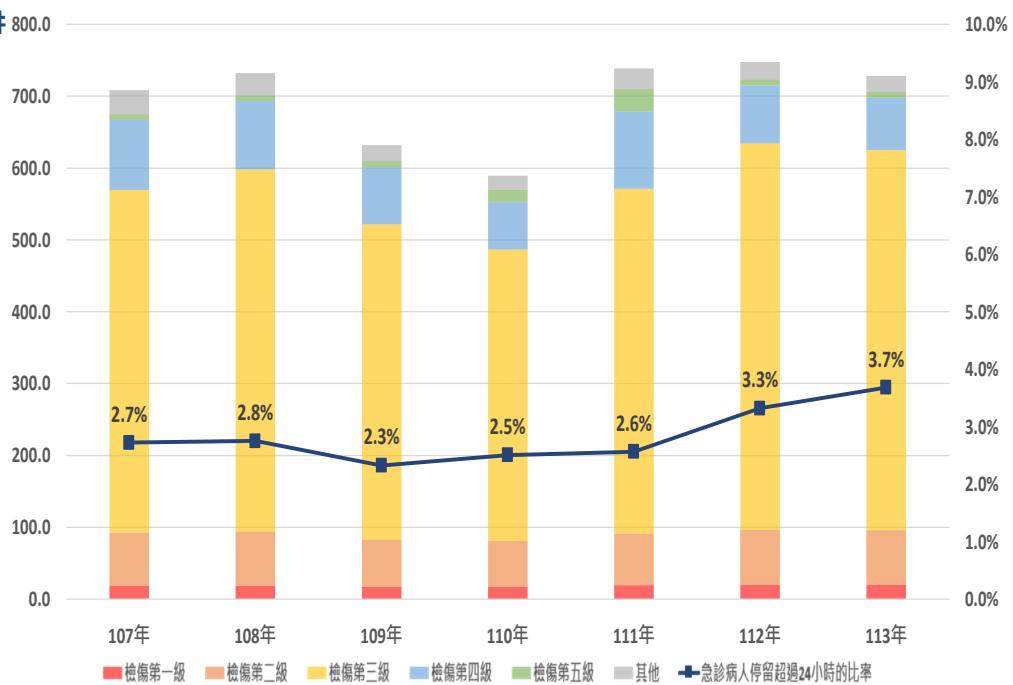
4

# 急診病人停留24小時的比率



- 111年至113年急診總人次未顯著增加，惟急診病人停留24小時的比率呈現上升趨勢

單位：萬件



註：1.資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1338。

2.分子：急診病人停留超過24小時人次；分母：急診總人次。

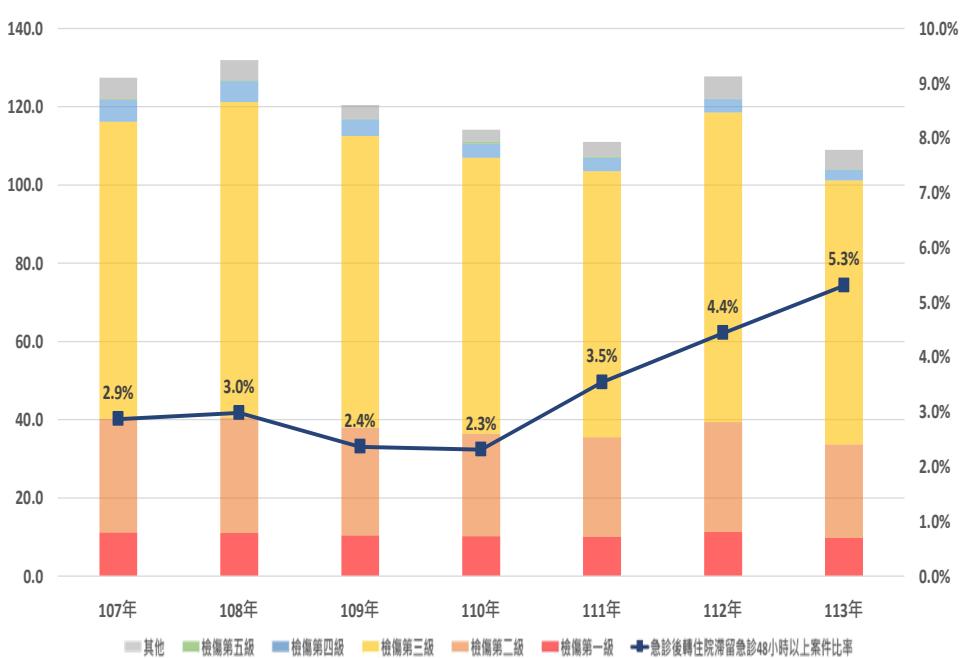
5

# 急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率



- 113年度同院急診後轉住院之案件數減少，但急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率卻上升。

單位：萬件



註：1.資料來源：本署醫療給付檔案分析系統(DA系統)指標1652。

2.分子：分母案件中急診滯留 > 48小時之案件數；分母：同院急診後轉住院之案件數。

6

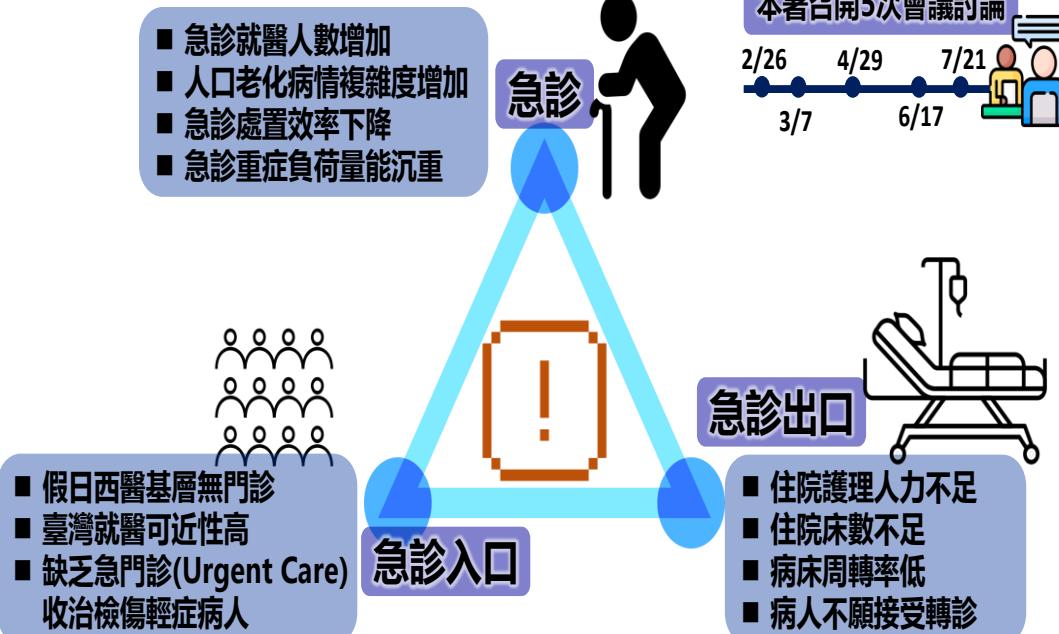
# 報告大綱



- 歷年急診案件趨勢
- 現行急診壅塞問題解析
- 急診壅塞之健保因應策略
- 結語

7

## 現行急診壅塞問題分析



8

# 報告大綱



- 歷年急診案件趨勢
- 現行急診壅塞問題解析
- **急診壅塞之健保因應策略**
- 結語

9

## 急診壅塞之健保八大策略



10

# 1 調升急重難症支付點數-急診、加護病房及護理-1

## 調升急診醫護人力支付

- 將急診診察費拆分為診察費及護理費，各調升支付點數10%，推估約增加7.33億點
- 調升急診觀察床護理費支付點數60%（約為急性一般病床護理費九成），推估約增加3.68億點
- 急診觀察床診察費獨立列項，依「一般病床住院診察費」支付

## 調升住院病床之護理費

- 優先調升急性一般（含精神）病床支付點數，調升幅度12.3%~15.9%不等，推估約增加24.97億點
- 未來爭取預算，四年預計共100億



已於114年5月1日生效，將扣合特定指標（急診壅塞監測指標），達標醫院才外加預算額度

已於114年5月1日實施

11

# 1 調升急重難症支付點數-急診、加護病房及護理-2

## 調升急救責任醫院 加護病房支付

- 全重度級急救責任醫院加護病房之病房費、護理費及診察費比照醫學中心支付  
(適用區域醫院26家、地區醫院1家)
- 全中度級急救責任醫院（高危險妊娠及新生兒章節除外）比照區域醫院支付  
(適用地區醫院26家)
- 預計一年增加6.06億點

## 調升急救責任醫院 加護病房支付

- 本次依全院緊急醫療能力分級評定加成急診案件支付點數，推估約增加0.33億點

緊急醫療能力分級	急診案件加成
重度級急救責任醫院	50%
中度級急救責任醫院 (部立金門、三軍澎湖及澎湖醫院)	30%
一般級急救責任醫院 (連江醫院)	10%

已於114年5月1日實施

12

## 1 調升急重難症支付點數-修訂急診品質提升方案-1/4

- 本署分別於114年2月26日、3月7日、4月29日及6月17日召開**四次「急診壅塞之健保因應策略研商會議」**，邀集急診醫學會、急診管理學會、外傷醫學會、醫院協會、護理師護士全聯會、護理學會及急診專家等討論改善急診壅塞之策略及急診方案修訂方向
- **有關方案修訂方向將續於7月21日第五次會議續行討論**



13

規劃中

## 1 調升急重難症支付點數-修訂急診品質提升方案-2/4

### 重大疾病照護品質-整併擴大主動脈剝離獎勵

- 整併擴大主動脈剝離需緊急開刀獎勵，**移至區域聯防計畫避免重複獎勵**

計畫名稱	急診品質提升方案	113.7.1實施 區域聯防跨院合作照護計畫
自收病人獎勵	30,000點	50,000點
轉出病人獎勵	2小時內 15,000點	2小時內： 20,000點
		2-4小時內： 10,000點
轉入病人獎勵	15,000點	90,000點

規劃中

14

# 1 調升急重難症支付點數-修訂急診品質提升方案-3/4

## 重大疾病照護品質-調整重大外傷手術及OHCA獎勵

### 重大外傷緊急手術加成

研議**符合重大外傷病人主診斷碼且特定時間內執行重大外傷緊急手術，手術及麻醉費所定點數加成**

- 進入急診後2小時內進入開刀房加成100%**
- 進入急診後2-4小時內進入開刀房，加成60%**
- 此獎勵加成60%應予參與手術之醫療人員**

### 調整重大外傷手術獎勵

- 若前項「重大外傷緊急手術」手術加成生效後則刪除方案內重大外傷獎勵，朝向依整體外傷照護指標給予獎勵



### OHCA\*清醒出院獎勵

- 調升OHCA照護獎勵\_清醒出院獎勵**



規劃中

\*OHCA\*: 到院前心跳停止, Out of Hospital Cardiac Arrest

# 1 調升急重難症支付點數-修訂急診品質提升方案-4/4

## 修訂轉診品質獎勵

### 刪除上轉轉出醫院獎勵

- 刪除向上轉診轉出醫院獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房（不經轉入醫院之急診）之轉出醫院獎勵**



### 新增下轉醫院獎勵

- 新增地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎勵**
- 獎勵下轉醫院完成OPAT\*病人**
- 「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」改由接收醫院申報，並**放寬病人下轉ACAH\*且轉出醫院醫師完成訪視亦得申報**

### 同體系醫院互轉

- 所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉**



OPAT\*: 門診靜脈抗生素治療, Outpatient Antimicrobial Therapy  
ACAH\*: 在宅急症照護, Acute Care At Home

規劃中

16

## 2 增加醫院病床使用效率-

檢討住院DRG項目  
部分改於門診執行



盤點現行DRG及手術項目，規劃分為三類並循以下方向研議：

目前多數  
已於門診執行之項目

優先研議



包括：

- 有對應門診論病例計酬項目
- 單純手術 / 處置案件
- 部分癌症案件之化療
- 該手術於門診執行占率達80%以上者

可於住診或門診執行  
且占率差異不大

研議雙軌執行方案  
設計支付誘因



如門診執行占率約60%~80%之  
案件，鼓勵醫院將是類病人於門  
診進行診療

仍須住院診治之案件

參考ERAS\*經驗



目標：

- 提早出院模式ESD\*
- 提升照護效率提早出院
- 減少住院天數
- 提升照護品質
- 增進病床使用效率

→ 規劃於Tw-DRGs支付通則訂定其他支付誘因

\*ERAS：術後加速康復, Early Recovery After Surgery

\*ESD：提早出院模式, Early Supported Discharge

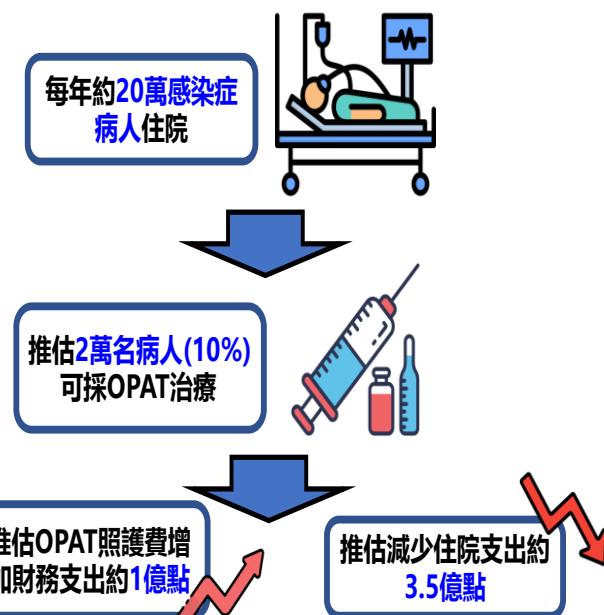
規劃中

17

## 2 增加醫院病床使用效率-新增OPAT獎勵方案-1



- 提升醫療可近性並減少病人住院時間，降低對工作及生活之影響
- 減少不必要住院，提升醫病床周轉效率，降低醫療支出
- 透過整合性治療，提升病人治療成功率並減少併發症



註：以一天注射一次 1,031 點；  
預計治療計畫為 5 天

預計8/1生效

18

## 2 增加醫院病床使用效率-新增OPAT獎勵方案-2



給付項目 支付標準	編號 診療項目	支付規範	支付點數
	39027C 治療處置費-每天注射1次	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 符合<b>特定感染症且病情穩定</b>之病人</li> <li><input type="checkbox"/> 治療計畫上限為<b>5天</b>, 病歷應詳載治療計畫</li> <li><input type="checkbox"/> <b>包裹給付</b>(內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用)</li> <li><input type="checkbox"/> 得另申報診察費、藥費及檢驗費</li> <li><input type="checkbox"/> 中斷計畫由<b>醫師評估延續或重啟計畫</b></li> </ul>	1,031點
	39028C 治療處置費-每天注射2次以上	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 完成當次治療計畫時方可申報, <b>中斷計畫不得申報</b></li> <li><input type="checkbox"/> 確實掌握病人治療情形, 並於病歷記載</li> </ul>	1,234點
	39029C 個案管理費	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 完成當次治療計畫時方可申報, <b>中斷計畫不得申報</b></li> <li><input type="checkbox"/> 確實掌握病人治療情形, 並於病歷記載</li> </ul>	500點

預計8/1生效

19

## 3 擴大推廣在宅急症照護-現行狀況



2024.7.1起實施「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(ACAH)」

多元支付方式 醫療服務更有彈性

167個團隊、746家醫療院所參與

每日護理費  
1.按**天數**給付  
2.例假日加成**20%**及  
天然災害加成**50%**。  
**(2025年1月1日起)**

遠端生命徵象監測  
含血氧、血壓、呼吸心跳等監測設備  
按**天數**給付

每日醫療費  
1.包裹式給付，按**天數**給付  
含診察、藥物、藥事服務、檢驗(查)、各項治療處置、注射、特材、遠距醫護及個案管理等費用  
2.依**疾病別**訂定**不同支付點數及日數**

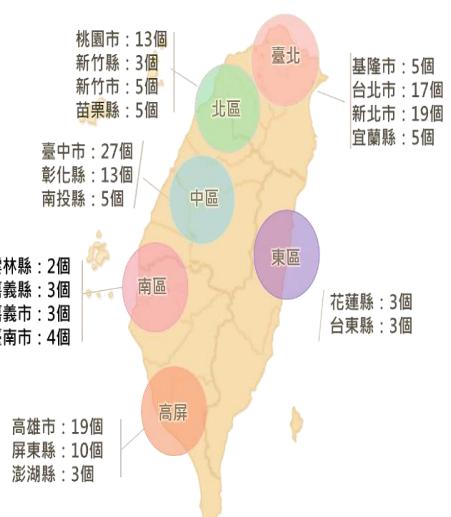
論日支付 + 論次支付

緊急訪視  
按**次**給付

其他醫事人員訪視  
按**次**給付

床側檢驗(POCT)費  
依檢驗項目**加成20%**

管理指導  
壓傷/噴霧/氧氣治療照護指導  
**限報1次**



20

### 3 擴大推廣在宅急症照護-因應需求滾動調整



#### 2024年執行成果

共167個團隊、746家院所參與，逾7成為基層醫療單位

收案對象：逾9成民眾可在家(照護機構)完成治療

照護天數：傳統住院需11-15天，在宅急症照護平均約6.5天完治(<10%轉急診或住院)

#### 現行適應症

- 肺炎
- 泌尿道感染
- 其他軟組織感染等

#### 擴大適應症

- 居家安寧收案對象：不限感染症
- 其他感染症、慢性肺病等

#### 新增模式

- 提早出院模式(Early Supported Discharge)
- 急診出院轉銜模式等

#### 調整支付

- 多元支付方案(包人付費、論病例計酬、論量計酬)
- 優化風險分擔及獎勵回饋(share the savings)

#### 規劃中

21

### 4 個別總額鼓勵醫院收治-前瞻式預算分階給付架構

#### 兼顧「必要服務」與「競爭成長」

鼓勵收治急重症病人，依病例組合指標(CMI, Case Mix Index) 調整次年成長率(規劃中)

醫院總額(年成長率)

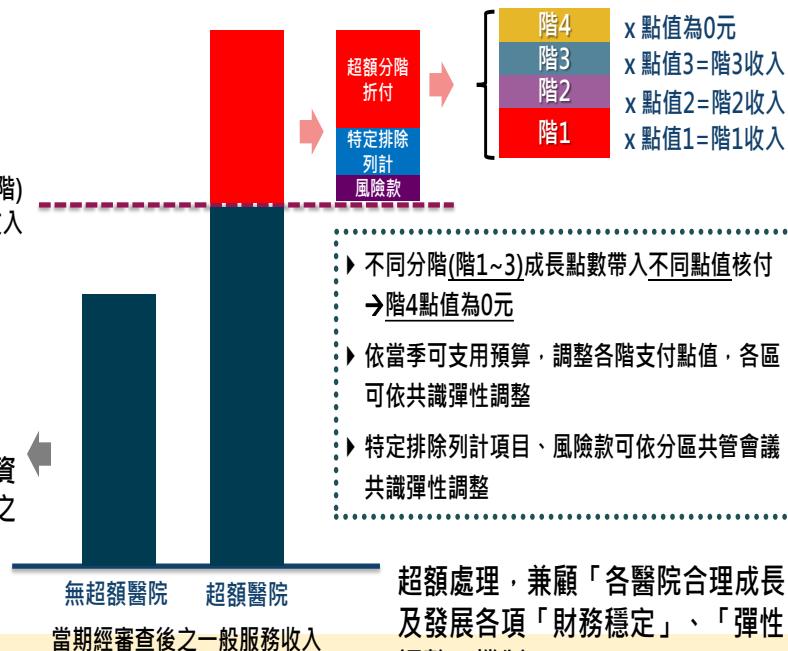
114年6437億(5.5%)  
113年6069億(4.7%)  
112年5796億(3.7%)  
111年5591億(3.5%)

103年3868億(3.0%)  
基期(0階)  
一般服務收入

當期末超額，保障當期點數為1點1元

※注意：

- 當期成為來年基期時，仍屬萎縮
- 如屬「燈塔型醫院」，另有醫療資源不足服務提升計畫及其他部門之專款挹注



#### 2025年實施

## 5 建立急診壅塞監測指標-扣合支付標準調整-1



### 醫療人力指標- 護理人員調薪指標

- 執登護理人員之健保投保薪資與113年12月相較，**提升一級之人數占率須達55%**



### 急診相關指標- 急診壅塞改善指標

- 必要指標一：急診病人轉出率（排除直接轉入他院住院案件），不得高於去年同期
- 必要指標二：每季急診轉住院病人滯留急診超過24小時之日均人次**不得大於該院急診觀察床數之40%**
- 前述指標二未達標，則以下列指標認定：
  - **急診轉住院人數占率較去年同期增加**
  - **急診病人停留急診超過24小時之案件比率較去年同期下降**
- 觀察指標：病人停留觀察床平均時間

規劃中

23

## 5 建立急診壅塞監測指標-扣合支付標準調整-2



### 加護病房指標- 加護病房效率指標

- 檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房**<6小時**之比率，不得小於去年同期
  - 其中**心肌梗塞及重大外傷手術**之治療介入**時間<2小時**

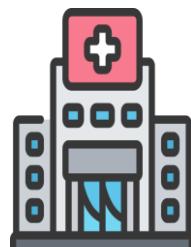
(重大疾病包含急性心肌梗塞、嚴重敗血症、重大外傷、OCHA及主動脈剝離)

- 加護病床周轉率不得小於去年同期自身值



### 離島急診指標- 急診病人後送比率

- 考量離島特殊性，本項先列為**觀察指標**



保留彈性以利總額管理，本署分區可另行監測其他參考指標

規劃中

24

## 6 研議急門診暨遠距服務-遠距醫療法規鬆綁



通訊診察治療辦法  
2024年1月22日發布，2024年7月1日生效

### 原5款增加為10款

- 急性後期照護
- [慢性病照護計畫](#)
- 長期照顧服務
- 家庭醫師收治照護
- 居家醫療照護
- [疾病末期照護](#)
- [矯正機關收容照護](#)
- [行動不便照護](#)
- [災害、傳染病或其他重大變故照護](#)
- 國際醫療照護

### 擴大特殊情形

### 增加通訊診療項目

### 放寬開立處方

### 增加資安規範

### 原6款增加為10款

- 詢問病情
- [開立處方](#)
- [提供醫療諮詢](#)
- 原有處方之調整或指導
- 診察、診斷、醫囑
- [開立檢查、檢驗單](#)
- 衛生教育
- [會診](#)
- [其他主管機關指定之項目](#)
- [精神科心理治療](#)

#### 開放特殊情形得開立處方

- 病情穩定之複診病人
- 偏鄉地區、醫療急迫及特殊情形(矯正機關、災害、國際醫療)之初診及複診病人
- 不得開立管制藥品，但偏鄉地區、疾病末期、醫療急迫及精神病之情形不在此限

資訊系統涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存或開立處方、檢查、檢驗單者：

- 具備個人身分驗證機制
- 具備資料傳輸加密機制
- 符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定
- 得委託建置

25

## 6 研議急門診暨遠距服務-遠距醫療三階段



### 第一階段

- 遠距會診 (B to B to C)  
偏遠地區、區域聯防、矯正機關
  - 遠距醫療給付計畫 (自2020.12起)
  - 矯正機關醫療服務計畫 (自2024.8起)
- 遠距諮詢 (B to C)  
提供衛教諮詢
  - 大家醫計畫
  - 居家腹膜透析計畫 (自2023年起)

### 風險可控、行動障礙

### 第二階段

- 遠距醫療 (B to C)  
試辦視訊診療
- 固定對象 (事前框定名單)
  - 居家醫療照護整合計畫\*
  - [在宅急症照護計畫](#) (自2024.7起)
  - [居家血液透析](#) (預計2025.5起)

\*備註：居整計畫以緊急情況視訊評估為主，持續討論研議中

### 第三階段

- 遠距醫療 (B to C)  
視執行成效研議逐步擴大至其他實體就醫困難族群
  - 失智症
  - 精神病患者
  - .....
- 遠距國際醫療 (技術支援)：  
提供境外國人醫療諮詢 (自2024.7起試辦越南台商)
- 急診遠距服務(減少輕症進入急診件數)

規劃中

26

## 6 研議急門診暨遠距服務-遠距醫療三階段



- 週六日、國定假日  
8時至24時



### 開設急門診服務

研議鼓勵開設急門診以便收治檢傷輕症之病人，緩解急診之壓力

### 建置急診遠距服務

研議設立遠距服務平台，提供民眾諮詢服務，減少輕症急診案件

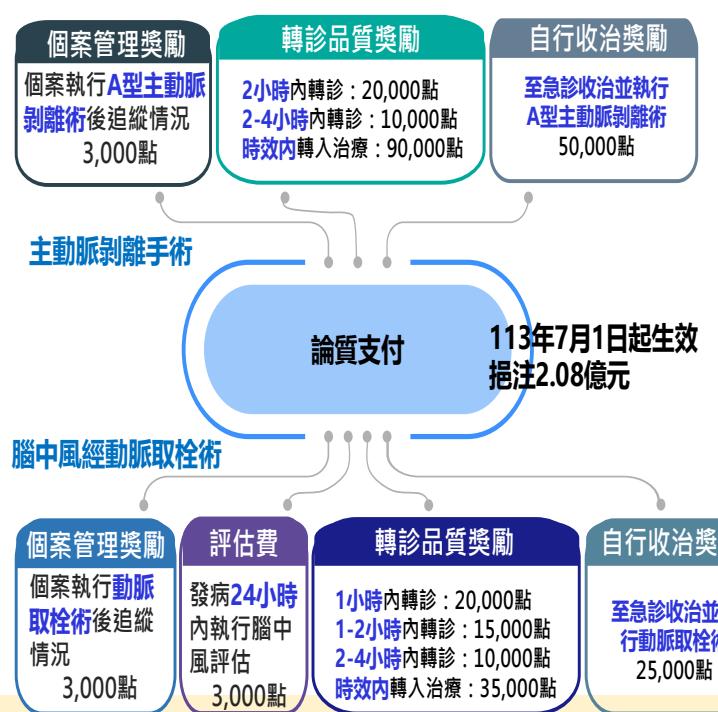
規劃中

27

## 7 輔導醫院善用轉診網絡-區域聯防-提升急重症照護品質

「主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」

- 建立醫院間合作溝通機制
- 確保急重症個案疾病照護品質及效率
- 落實以品質為導向轉診制度



執行情形：  
113年7月-114年3月  
共135家醫院申報，  
獎勵約164.6百萬點

113年7月1日實施

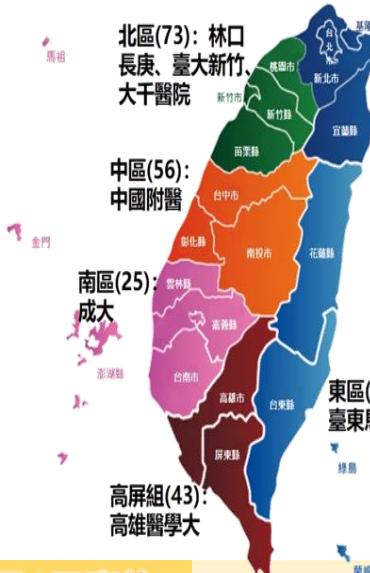
28

## 7 輔導醫院善用轉診網絡-區域聯防現行網絡

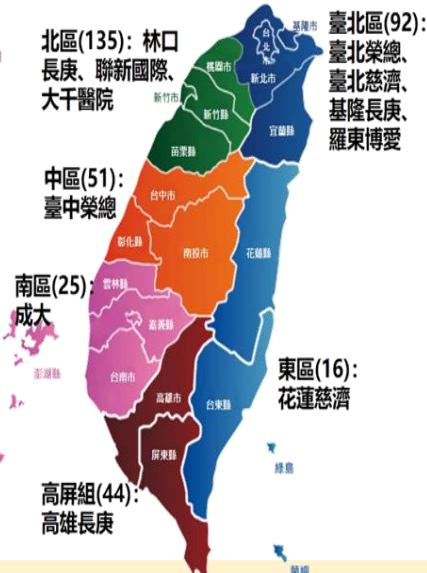


- 口主動脈剝離：已建立11個網絡、305間醫院參與，截至114年3月已申報1,738件
- 口腦中風：已建立11個網絡、363間醫院參與，截至114年3月已申報12,639件

### 主動脈剝離團隊



### 腦中風團隊



113年7月1日實施

29

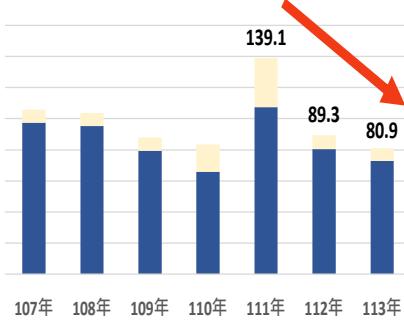
## 8 檢討民眾合理就醫負擔



調整門診  
藥品部分  
負擔

調整急診  
部分負擔

落實分級醫療  
珍惜健保資源  
使用者付費



112年7月1日實施

30

# 報告大綱



- 歷年急診案件趨勢
- 現行急診壅塞問題解析
- 急診壅塞之健保因應策略
- 結語**

31

## 結語



- 未來辦理方向**
  - 114年7月21日召開第五次「急診壅塞之健保因應策略研商會議」,延續討論急診品質提升方案修訂草案
  - 有關改善急診壅塞指標將扣合5月1日生效之支付標準調整,另為保留彈性以利本署分區總額管理,本署分區得另行監測其他參考指標
  - 透過本署八大策略以回應醫院處理急診病人的投入及付出、並分散急診壓力提升整體照護效能,進而維持健保永續發展

32

## 急診品質提升方案執行情形

計畫型-自101年起實施

項目	年度	109	110	111	112	113
預算數(百萬元)		160.0	246.0	300.0	300.0	300.0
執行數(百萬元)		160.0	178.4	300.0	300.0	298.1
預算執行率(%) <sup>註1</sup>		100.0%	72.5%	100.0%	100.0%	99.4%
申報檢傷分類件數占率						
--第1級		2.7%	2.9%	2.8%	2.6%	2.7%
--第2級		10.4%	10.8%	10.2%	10.1%	10.3%
--第3級		68.7%	68.1%	66.3%	71.8%	72.0%
--第4級		12.4%	11.1%	13.1%	10.4%	9.9%
--第5級		1.4%	2.9%	3.7%	1.1%	1.1%
--其他		4.4%	4.2%	3.9%	3.9%	4.0%
--總計		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
急診轉診件數						
--急診向上轉診件數		48,687	46,391	50,361	53,034	54,539
--急診向下轉診件數		17,814	16,473	19,003	19,669	20,094
--急診平行轉診件數		9,417	8,333	8,962	8,792	7,640
急診處置效率指標 <sup>註2</sup>						
(1)急診病人停留超過24小時之比率		2.3%	2.5%	2.6%	3.3%	3.7%
(2)檢傷一、二、三級急診病人8小時內轉入病房比率		71.6%	66.6%	61.9%	60.3%	59.5%
(3)檢傷四、五級診病人4小時內離開醫院比率		95.7%	95.7%	96.8%	96.2%	96.3%
(4)地區醫院急診人次成長率		-5.7%	-1.4%	27.6%	0.2%	-5.6%
(5)完成急診重大疾病照護病人6小時內進入加護病房比率		60.1%	53.6%	49.4%	49.4%	45.5%
(6)完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管之病人進入加護病房<6小時比率		...	...	35.9%	32.3%	38.5%
(7)急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率 <sup>註3</sup>		...	...	3.5%	4.5%	5.3%

註：1.109、111年結算點數超出預算改採浮動點值，如未採浮動點值，執行率為123.0%、160.4%。

2.111年修訂方案，刪除指標(1)~(3)、(5)，並新增指標(6)，惟指標刪除後難以評估方案是否達到「紓解急診壅塞情形」之目標，依111年第7次委員會議(111.7.29)決定，請健保署持續監測原方案所訂指標，俾納為總額協商參考。

3.屬「醫療品質資訊公開網」急診品質指標之一，每季公開各醫院指標表現情形。

## 一、議程確認

周委員慶明於本(114)年7月22日下午4時31分提出新增提案「考量丹娜絲颱風重創南部地區之實際情況，建請動用『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之預算，針對臺南市12個重災行政區開診診所提供的適當補償，以維持基層醫療服務能量」(如附件一，第3~4頁)。

本會說明：

### 一、臨時提案處理規定：

- (一)依本會會議規範第3點第2項第2款規定，臨時提案以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限；並應有出席委員附議或連署始得成立；若不符要件，主席得決定提下次會議討論。
- (二)該案是否屬亟待決定之緊急事件或具有時效性，依上開規定，建請主席徵詢是否有委員附議才能成案，再討論其急迫性，決定於本次或下次(114.8.20)委員會議討論。

### 二、本案初擬建議：

- (一)114年度其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之決定事項：「經費之支用，除依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理，如遇有藥品全球供應鏈不穩定等特殊事件，亦得動支」。爰本項經費之支用，須依本會議定之「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』之適用範圍與動支程序」(下稱適用範圍與動支程序，如附件二，第5~6頁)辦理。
- (二)有關本案所提丹娜絲颱風係於7月7~11日發生，目前各級政府仍在災後復原、處理程序中，其對醫療費用的影響，尚無完整醫療費用數據可供評估。且依適用範圍與動支程序之「二、動支程序」規定，須由健保署與受影響之總額部門於提案前共同完成評估(是否符合適用範圍、是否符合動支標

準)後，再提供前述評估資料與相關完整數據，提本會討論。

(三)爰上，本項費用之動支，建請由健保署與西醫基層總額部門依適用範圍與動支程序進行評估及提供相關完整資料，再提案至本會。

## 全民健康保險會提案單

提案日期：114年7月23日

提案者	周慶明委員
委員代表類別	醫療服務提供者
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input checked="" type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案由	考量丹娜絲颱風重創南部地區之實際情況，建請動用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之預算，針對臺南市12個重災行政區開診診所提供的適當補償，以維持基層醫療服務能量
說明	<p>一、丹娜絲颱風侵襲期間，南部多縣市政府陸續公告停止上班上課，部分地區亦因重建家園持續停止上班上課，嚴重影響當地醫療服務。據新聞統計，該次風災全台造成超過九十萬戶曾停電、逾七萬戶停水，其中以臺南、嘉義、雲林與屏東等南部地區為最重災區，影響範圍廣泛，民眾生活與就醫皆受衝擊。</p> <p>二、災區診所在風雨中持續提供基層醫療服務，克服停電、積水、道路中斷等不利條件，堅守崗位守護災民健康。惟因災後交通受阻、民眾專注於搶修與復原，導致門診量驟降，然診所仍須承擔人力與場地之固定成本，造成重大財務壓力，嚴重影響營運。</p> <p>三、爰此，建請針對受災之臺南市12個重災行政區（於114年7月7日至7月11日，持續停班停課5天）開診診所，以114年度「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算，支應114</p>

	<p>年7月健保申報未滿113年同期8成者，撥補至8成。盼透過相關支持措施，協助災區診所穩定服務動能，強化其於特殊時期之應變與韌性，並確保民眾皆能持續獲得基本醫療照護。</p> <p>四、相關點值資料因尚未核定，後續請健保署協助提供。</p>
擬辦	<p>建議以114年度「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算，支應114年7月健保申報未滿113年同期8成者，撥補至8成。</p>
內容與本會任務符合情況 (請勾選)	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/>保險費率之審議事項(第5、24條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第5、61條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險給付範圍之審議事項(第5、26、51條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險政策、法規之研究及諮詢事項(第5條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他有關保險業務之監理事項(第5條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第45、72、73、74條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
連署或附議人 (臨時提案、 復議案填入)	陳相國委員

## 「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過

103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正

106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

### 一、適用範圍：

#### (一) 屬「非預期風險」：

1. 年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
2. 應排除依其他法令由各級政府負擔之醫療服務項目。

#### (二) 屬「其他非預期政策改變」：

1. 年度中非預期之全民健康保險法(下稱健保法)及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部(下稱衛福部)交議。
2. 應排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等)」<sup>(註)</sup>

### 二、動支程序：

#### (一) 屬「非預期風險」：

##### 1. 提案前評估：

由受影響之總額部門與中央健康保險署(下稱健保署)於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

(1) 具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府負擔之醫療服務項目)，致使總額部門全區，單一季別之預估值，有下列情形之一者：

① 平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度 > 5% 以上。

②一般服務之醫療費用點數成長率 > (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%) 以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

(2) 屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第52條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前2個月之預估醫療費用達該地區當年季平均總額預算之0.3%以上。

### 2. 提案及議定：

由健保署或本會委員提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

### 3. 核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

## (二) 屬「其他非預期政策改變」：

### 1. 提案及議定：

依適用範圍，於衛福部交議後，由健保署提案至本會討論議定；提案內容，應包括政策實施日期及方式、預估經費需求及預期效益等。

### 2. 核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：1. 年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。

2. 歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。

(1) 專款專用項目：回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出，實施成效納入下年度總額協商考量。

(2) 其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(3) 其他原則：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。